
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
SANDRA GOUDREAU

ÉTUDE DE CAS
LE TROUBLE PANIQUE AVEC AGORAPHOBIE

AVRIL 2004

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Ce travail présente une étude de cas sur le trouble panique avec agoraphobie. Cette étude est un compte rendu d'un traitement réalisé avec un sujet répondant aux critères diagnostiques de ce trouble selon le DSM-IV. La thérapie cognitivo-comportementale constitue la forme de traitement psychologique utilisée afin de traiter cette pathologie. L'éducation concernant le développement de la problématique, la démystification des symptômes de panique, la rééducation respiratoire, la relaxation, la restructuration cognitive et l'exposition aux situations évitées font parties des stratégies d'intervention. Une première évaluation psychologique est faite avant la thérapie et une deuxième après la thérapie. Les instruments de mesure utilisés sont le MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) et l'Échelle d'anxiété IPAT. Les résultats obtenus en pré-évaluation démontrent la présence d'anxiété et de plusieurs éléments dépressifs chez le sujet. Une diminution des symptômes anxieux et dépressifs est observée à l'évaluation post-traitement. Ces améliorations sont également rapportées par le sujet lors de l'entrevue clinique (bilan de la thérapie). À la fin de la thérapie, le sujet est capable de contrôler ses attaques de panique et de s'exposer aux situations anxiogènes. Cette présente étude permet d'observer qu'une thérapie cognitivo-comportementale est une approche efficace pour aider les individus aux prises avec un trouble panique avec agoraphobie.

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des tableaux	v
Remerciements	vi
Introduction	1
Présentation d'un cas	4
Évaluation	8
MMPI-2	9
L'Échelle d'anxiété IPAT	10
Critères diagnostiques (DSM-IV)	11
Caractéristiques générales du trouble panique	14
Description	15
Prévalence et caractéristiques de la population	16
Comorbidité	17
Diagnostic différentiel	18
Causes du trouble panique	20
Facteurs prédisposants	21
Facteurs précipitants	23
Facteurs de maintien	24
Évolution et pronostic	28
Stratégies d'intervention	31
Traitements psychologiques	32
Traitements médicamenteux	45
Méthode	48
Instruments de mesure	50
Résultats	53
Changement sur les échelles reliées à l'anxiété et à la dépression	54
Retombées non ciblées du traitement	55
Discussion	60
Critères diagnostiques (DSM-IV)	61
Entrevue clinique (bilan de la thérapie)	62

Conclusion	67
Références	71
Appendice A	75

Liste des tableaux

Tableau 1 : Écarts entre les scores T et écarts par rapport à l'erreur de mesure des Échelles principales	57
Tableau 2 : Écarts entre les scores T et écarts par rapport à l'erreur de mesure des Échelles de contenu	58
Tableau 3 : Écarts entre les scores T et écarts par rapport à l'erreur de mesure des Échelles supplémentaires	59

Remerciements

L'auteure tient à remercier monsieur Richard Hould, Ph.D., codirecteur de recherche, professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour sa disponibilité, son soutien et ses précieux conseils. Elle tient également à remercier monsieur Réal Labelle, Ph.D., directeur de recherche.

L'auteure remercie aussi madame Françoise Lavallée, Ph.D., psychologue et superviseure du stage pendant lequel s'est déroulé la consultation. Finalement, elle désire témoigner sa reconnaissance à la cliente qui a collaboré à cette étude et qui a accepté que son cas soit présenté.

Introduction

Le trouble panique avec agoraphobie constitue un des troubles anxieux les plus sévères, chroniques et fréquents de notre société (Marchand, Trudel, Todorov, Borgeat, Gareau & Boivin, 1998). Il se rencontre en majorité chez les femmes et débute généralement entre 18 et 35 ans (Hirschfeld, 1996). Les conséquences de ce problème peuvent être multiples et entraîner une incapacité pour la personne d'aller dans différents endroits publics ou même de sortir de chez elle. Il est souvent associé à des risques élevés de maladie psychiatrique sous forme de dépression, de suicide, d'abus de drogues, de médicament ou d'alcool, ou d'autres troubles anxieux. Le trouble panique non traité mène éventuellement à une détérioration du fonctionnement social, conjugal et professionnel. Il va de soi que la gravité de ce problème entraîne des coûts sociaux directs et indirects énormes sous forme d'absentéisme au travail, de prestations d'assurance emploi ou d'aide sociale, et d'utilisation inutile des services de santé. Considérant l'ampleur du problème et ses multiples conséquences pour l'individu, son entourage et la société, il s'avère important de développer des formes de traitement efficaces et accessibles pour les individus agoraphobes (Marchand, Trudel, Todorov, Borgeat, Gareau & Boivin, 1998).

Au cours des deux dernières décennies, d'importants progrès ont été effectués dans le traitement du trouble panique avec agoraphobie. La compréhension scientifique de cette problématique et la capacité à la traiter se sont considérablement améliorées. Les techniques d'intervention comportementales et cognitives pour ce trouble se sont développées. Actuellement, la thérapie cognitivo-comportementale figure parmi les plus

efficaces afin de traiter cette problématique (Chambless & Gillis, 1993 ; Clum, Clum & Surls, 1993 ; Marchand, Fontaine, Dupuis & Gareau, 1994 ; Margraf, Barlow, Clark & Telch, 1993). Ainsi, les cliniciens peuvent maintenant avoir recours à des stratégies d'intervention éprouvées afin d'aider les personnes agoraphobes. Les principales stratégies utilisées dans le traitement du trouble panique avec agoraphobie sont l'éducation concernant le développement de la problématique, la démystification des symptômes de panique, la rééducation respiratoire, la relaxation, la restructuration cognitive et finalement l'exposition aux situations évitées (Marchand, Trudel, Todorov, Borgeat, Gareau & Boivin, 1998). L'objectif de cette étude est de décrire de quelle façon les stratégies d'intervention proposées aux personnes souffrant d'un trouble panique avec agoraphobie leur permettent d'améliorer leur situation.

Dans le présent essai, il importe d'abord de donner une description d'un cas typique d'un trouble panique avec agoraphobie. Par la suite, seront présentés l'évaluation psychologique faite auprès de cette personne, les caractéristiques générales de cette problématique ainsi que les causes, l'évolution, le pronostic et les stratégies d'intervention. Finalement, la méthode, les résultats et une discussion de ces résultats seront exposés.

Présentation d'un cas

Afin d'illustrer le trouble panique avec agoraphobie, nous discuterons du cas de Diane. Diane est âgée de 36 ans. Elle vit avec son conjoint depuis deux ans, elle le connaît depuis trois ans. Elle définit son conjoint comme étant généreux, serviable et elle apprécie ce qu'il a fait pour elle. Il lui a aidé à acquérir de la confiance en elle et de l'autonomie. Par contre, elle considère que son conjoint est exigeant envers elle et cela l'agace. De plus, elle lui reproche de passer beaucoup de temps à rénover sa maison au lieu de faire des activités avec elle. Diane mentionne avoir de sérieuses difficultés conjugales, et ce depuis un an. Elle explique que son conjoint ne comprend pas son problème d'anxiété et que cela crée des tensions dans leur couple. Diane a deux filles qui ont respectivement 18 ans et 12 ans. La plus jeune vit avec elle et son conjoint, tandis que l'aînée demeure avec son amoureux et elle est enceinte de cinq mois. Diane affirme avoir une bonne relation avec ses filles. Son conjoint a deux enfants, une fille de 8 ans et un garçon de 5 ans. Il reçoit ses enfants une fin de semaine sur deux. Diane précise qu'elle est plus irritable lorsque les deux enfants de son conjoint sont présents avec eux. Selon elle, ceux-ci sont très tannants et irrespectueux. Diane a un frère aîné âgé de 40 ans, avec lequel elle s'entend très bien. Elle a également une relation harmonieuse avec ses parents. Elle mentionne que ses parents habitent près de chez elle et qu'ils l'aident beaucoup. Elle se sent proche d'eux et se confie beaucoup à sa mère. D'ailleurs, elle affirme avoir vécu une enfance heureuse et avoir été gâtée. Depuis un an, Diane travaille comme commis au service à la clientèle dans une boutique. Elle se dit satisfaite de son travail et elle semble très consciencieuse, travaillante et autonome. Avant d'obtenir ce travail, Diane recevait de l'aide sociale.

Selon Diane, les attaques de panique ont commencé après la naissance de sa deuxième fille, il y a 12 ans. Elle dit avoir fait à cette occasion une dépression post-partum et s'être sentie déprimée pendant un an. Elle n'était pas capable de s'occuper de sa fille et ne sortait plus de chez elle. Sa mère passait les journées avec elle pour s'occuper des enfants et de la maison. Les attaques de panique (palpitations cardiaques, difficultés à respirer, transpiration excessive, tremblements, etc.) se sont manifestées suite à l'agoraphobie (isolement et crainte de sortir de chez elle). Diane a alors consulté un psychologue pour son problème d'anxiété, lors de ces premières attaques de panique. Selon ses dires, les interventions psychologiques lui ont permis de diminuer le nombre, la fréquence et l'intensité de ses symptômes anxieux. Aujourd'hui, elle dit être capable de sortir à l'extérieur pour faire ses commissions et d'avoir un emploi. Par contre, elle a encore de la difficulté à aller dans des endroits où il y a beaucoup de monde, par exemple dans un cinéma ou assister à un spectacle. Il y a des périodes où ses crises d'anxiété sont plus fréquentes et plus intenses, surtout à l'approche des menstruations. Diane ne sait pas précisément quand la crise arrive. Elle dit qu'aussitôt qu'elle ressent un symptôme, c'est la panique. Elle affirme être capable d'intensifier ses crises d'anxiété mais d'avoir de la difficulté à les faire diminuer. De plus, Diane mentionne ne pas avoir beaucoup d'énergie. Elle dort environ neuf heures par nuit et se sent souvent fatiguée au réveil. Aussi, elle se sent déprimée assez souvent et il lui arrive régulièrement d'éprouver des difficultés à se concentrer. En ce qui concerne la médication, elle prend des tranquillisants (Rivotril® 0,5 mg un comprimé et demi une fois par jour), ainsi que des antidépresseurs (Serzone® 200 mg un comprimé une fois par jour) et consulte son médecin deux fois l'an. Diane précise qu'elle s'alimente bien et qu'elle suit présentement un régime. Elle affirme avoir peu

d'amies parce que son problème l'empêche de les suivre dans les sorties. Elle se confine donc dans la maison et fait peu d'activités physiques, culturelles ou sociales. Diane demande un suivi psychologique pour apprendre à contrôler ses crises d'anxiété ainsi que ses sautes d'humeur. Elle décrit son humeur comme variable, ponctuée de « périodes noires ». Il lui est arrivé d'avoir des idées suicidaires, toutefois elle dit ne pas en avoir en ce moment.

Évaluation

Les instruments de mesure utilisés lors de l'évaluation psychologique de Diane sont le MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) et l'Échelle d'anxiété IPAT de Cattell. La procédure d'évaluation est aussi fondée sur des entrevues cliniques.

MMPI-2

Les résultats au MMPI-2 démontrent que Diane est anxieuse et inquiète. Elle présente de la nervosité, du souci, de l'appréhension, de la tension, des éléments dépressifs et des problèmes somatiques. De plus, elle éprouve des problèmes de sommeil, des difficultés de concentration et une peur de perdre le contrôle. Le test indique de la confiance en soi, de l'imagination et de la créativité. Il est possible qu'elle soit portée vers la logique et la compétition. De la vigueur et de la contenance émotionnelle sont également présentes chez elle. Nous retrouvons une certaine colère et de l'insatisfaction vis-à-vis de son entourage (famille, employeur, société). Diane est susceptible d'éprouver du ressentiment, de l'exaspération et de l'irritation vis-à-vis de ce qui lui arrive. Les résultats au test montrent une attitude soumise, de la faiblesse dans les relations interpersonnelles, une difficulté à s'affirmer, à défendre ses opinions et une tendance à se laisser influencer. Il est possible qu'elle ait de la difficulté à exprimer son hostilité, qu'elle vive un sentiment d'isolation et qu'elle se sente incomprise. La Figure 1 illustre les relations entre les diverses composantes de la dynamique de Diane.

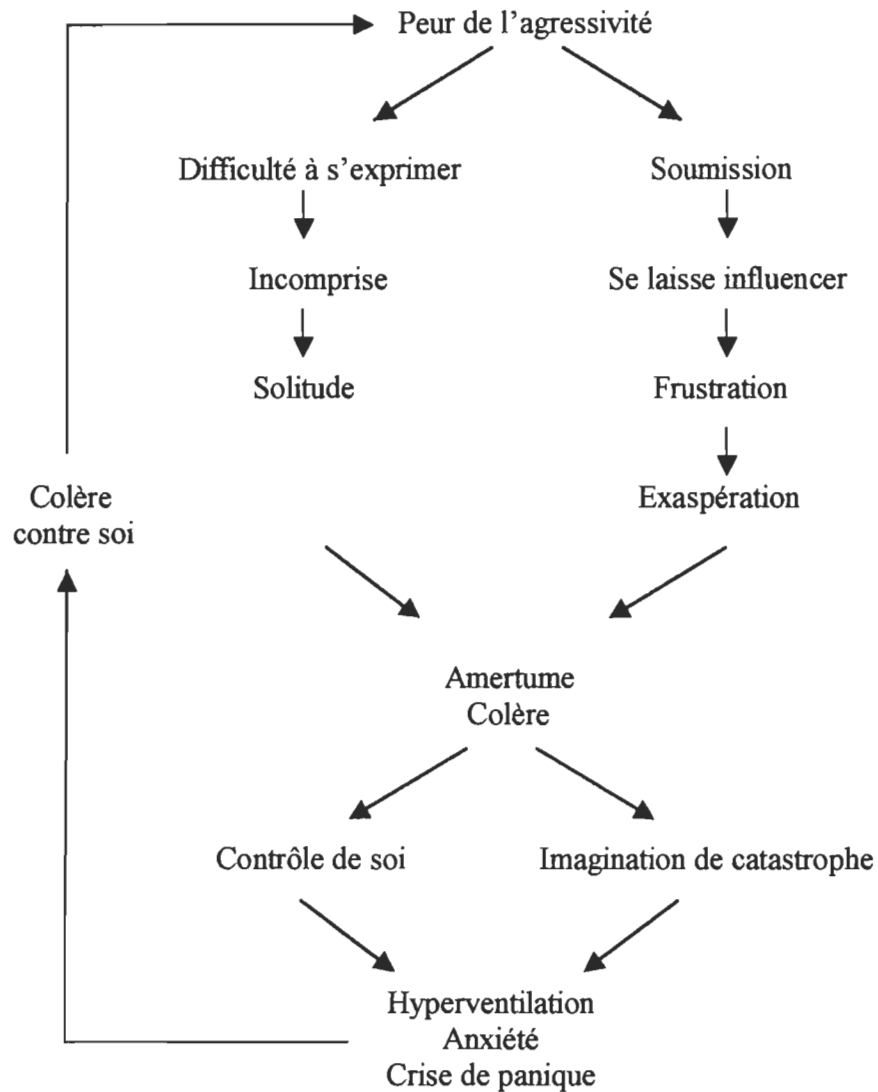


Figure 1. Illustration des relations entre les diverses composantes de la dynamique de Diane.

L'Échelle d'anxiété IPAT de Cattell

Les résultats à l'Échelle d'anxiété indiquent un niveau moyen d'anxiété chez Diane. Son anxiété origine surtout d'une connaissance de soi déficiente. Elle a de la difficulté à intégrer son comportement selon un schème propre dans lequel elle tient compte des

sentiments qui l'animent et accepte les valeurs sociales, ou les modes sociaux qui s'y rattachent. Il est possible que son anxiété soit liée à des habitudes de caractère approuvées socialement ; par exemple, Diane préfère être sûre de ce qu'elle dit avant de s'introduire dans une discussion et elle fait toujours attention pour éviter les distractions ou les oublis de détails. Selon ses dires, elle est critique envers elle-même et elle ne supporte pas de commettre une erreur, donc elle évite les nouvelles expériences. Elle évite aussi les conflits et dépense beaucoup d'énergie pour éviter l'affrontement. Diane a peur du conflit et de ses répercussions possibles (comme la séparation ou la fin d'une relation) et elle a peur de ses propres émotions intenses (colère). Diane dit qu'elle a toujours été « du genre qui cherche à plaire aux autres » et qu'elle n'exprime jamais ses propres désirs si elle les croit en conflit avec ceux des autres, ce qui l'amène à vivre de la colère, émotion qu'elle nie.

Critères diagnostiques (DSM-IV)

Dans le cas de Diane, l'attaque de panique consiste en une période bien délimitée d'anxiété ou de malaise très intense, accompagnée par au moins 4 symptômes physiques (l'accélération du rythme cardiaque, la transpiration, des tremblements, une impression d'étouffement, une douleur thoracique, des sensations d'engourdissement ou de picotement dans les mains et des bouffées de chaleur) et cognitifs (la peur de perdre le contrôle ou de devenir folle et la peur de mourir). Chez elle, l'attaque a un début soudain, atteint rapidement un sommet (habituellement en 10 minutes ou moins) et est accompagnée d'un sentiment de danger ou de catastrophe imminente et d'un besoin urgent de fuir. Diane éprouve des attaques de panique récurrentes et inattendues, accompagnées d'une crainte

persistante de subir d'autres attaques. Elle entretient des préoccupations à propos des conséquences possibles d'une attaque de panique et une anxiété importante liée au fait de se retrouver dans des endroits d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou de trouver secours en cas d'attaque de panique. Cette crainte entraîne une restriction des déplacements et l'adoption de comportements sécurisants. Dans le cas de Diane, l'évitement se manifeste principalement dans des situations où il y a foule et où il peut être difficile de quitter rapidement. Diane craint de ne pouvoir se maîtriser dans ces situations. Elle appréhende d'éprouver les réactions physiques auxquelles elle attribue des conséquences dramatiques. Elle craint de perdre le contrôle ou de devenir folle dans ces moments de panique physique et émotionnelle. Afin de se sécuriser, elle apporte toujours avec elle des comprimés de Rivotril®. À l'évaluation multiaxiale de Diane, selon le DSM-IV, nous notons, par rapport à l'axe I, un trouble panique avec agoraphobie présent depuis douze ans. Étant donné les variations de l'humeur et les « périodes noires » dont Diane fait état dans son motif de consultation, nous avons d'abord envisagé la possibilité d'un trouble de l'humeur car durant les trois derniers mois, Diane présentait les symptômes suivants : fatigue, sentiment de dévalorisation, pessimisme en rapport avec le futur et difficulté à penser clairement. Toutefois, les symptômes actuels ne sont pas suffisamment nombreux ni assez sévères pour satisfaire aux critères du DSM-IV concernant ce trouble. À l'axe II, nous ne distinguons pas de trouble de la personnalité ou de retard mental, mais nous pouvons observer des problèmes liés à l'estime de soi. Par exemple, Diane a de la difficulté à s'évaluer de manière positive ; elle met surtout l'accent sur ses défauts ; elle a tendance à se comparer aux autres à son désavantage ; elle entretient avec elle-même un dialogue pessimiste et négatif ; elle a de la difficulté à prendre des risques. Nous observons

également des comportements (traits) de dépendance. Par exemple, Diane a de la difficulté à prendre des décisions sans être réassurée ou conseillée ; elle a du mal à exprimer un désaccord avec autrui de peur de perdre son soutien ou son approbation ; elle est préoccupée par la crainte d'être abandonnée ; elle est facilement blessée quand elle est critiquée ou désapprouvée. L'axe III n'indique pas d'affections médicales générales. Nous notons à l'axe IV des problèmes psychosociaux influant sur le diagnostic et contribuant au maintien du trouble panique. Ces problèmes sont constitués par des lacunes dans le soutien du conjoint, des conflits conjugaux importants et l'absence d'une vie sociale en dehors de la famille. Finalement, à l'axe V, le score approximatif de 58 semble celui qui correspond le mieux au niveau de fonctionnement global moyen de Diane : émoussement affectif, attaques de panique épisodiques, peu d'amis, conflits avec l'employeur. Pour évaluer le niveau de fonctionnement global de l'individu, nous devons prendre en considération les conséquences des symptômes sur les relations sociales, le travail ou les études et les loisirs. Le score (de 1 à 100) est basé sur le moment de l'évaluation, c'est-à-dire sur la période actuelle (American Psychiatric Association, 1996).

Caractéristiques générales du trouble panique

Description

Le trouble panique se caractérise par la présence d'attaques de panique survenant souvent de façon imprévisible. Le symptôme central consiste en une peur extrême, intense et pénible, d'où l'appellation « panique ». Celle-ci s'accompagne de symptômes physiques nombreux. Les principaux sont une douleur thoracique, une sensation d'étouffement, des vertiges, des étourdissements, des palpitations ainsi qu'une sensation d'irréalité (se sentir désorienté et confus). L'intensité et la diversité des symptômes constituent à la fois la cause et le résultat de la peur. Ils contribuent à créer un sentiment de catastrophe imminente se manifestant le plus souvent par une peur de mourir d'une crise cardiaque, une peur de perdre conscience, de devenir fou ou de perdre le contrôle pendant une attaque de panique. À ce trouble s'associe pratiquement toujours l'évitement : les personnes ayant des attaques de panique appréhendent de les revivre dans des endroits où la panique est déjà survenue. Elles se mettent alors à éviter ces lieux par peur de paniquer à nouveau. Le fait d'éviter de nombreuses situations se nomme agoraphobie. Ainsi, quand un individu ayant des attaques de panique évite beaucoup de situations, nous parlons de trouble panique avec agoraphobie. L'individu agoraphobe a généralement de la difficulté à rester seul à l'extérieur de chez lui ou même chez lui, il craint d'être dans une foule, dans une file d'attente, sur un pont, dans une salle de cours ou de réunion, ou même d'utiliser les transports en commun. Dans les cas extrêmes, l'agoraphobe peut devenir incapable de sortir de chez lui (American Psychiatric Association, 1994).

Prévalence et caractéristiques de la population

La prévalence désigne le nombre total de cas d'une certaine maladie dans une population et dans un temps donné. Le trouble panique avec ou sans agoraphobie est assez commun. Environ 3,5 % de la population correspond aux critères de cette pathologie à un moment de leur vie (Eaton, Kessler, Wittchen & Magee, 1994). Il a été démontré que la majorité des personnes souffrant d'un trouble panique expriment aussi un évitement agoraphobe (Durand & Barlow, 2002). Le trouble panique débute généralement entre 18 et 35 ans mais peut également survenir durant l'enfance et réapparaître plus tard dans la vie (Hirschfeld, 1996). Ce problème peut atteindre tout individu indépendamment de ses capacités intellectuelles, son occupation, son statut socio-économique, sa religion ou son appartenance ethnique. Toutefois, certaines personnes se trouvent plus susceptibles d'être atteintes (Marchand & Letarte, 2001). Il est plus fréquent chez les femmes, environ 60 % des cas (Eaton, Kessler, Wittchen & Magee, 1994). Il est possible que des facteurs sociaux et culturels expliquent ce fait. Selon Durand et Barlow (2002), cela peut s'expliquer par le fait qu'il est admis dans nos sociétés que les femmes expriment leurs craintes et évitent un grand nombre de situations. Nous attendons au contraire des hommes qu'ils soient plus courageux, plus forts et qu'ils affrontent les dangers. En fait, selon ces auteurs, plus le comportement d'évitement est sévère, plus la proportion de femmes est élevée. Ils ajoutent qu'une proportion d'hommes sujets à des attaques de panique prennent une autre voie culturellement admise pour gérer l'anxiété. La solution consiste à absorber de grandes quantités d'alcool. Étant donné que leur fonctionnement général est altéré par leur consommation d'alcool, leur anxiété peut passer inaperçue aux yeux de leur entourage

(Chambless, Cherney, Caputo & Rheinstein, 1987 ; Himle & Hill, 1991 ; Kushner, Shear & Beitman, 1990). Les statistiques permettent également d'observer que le problème se manifeste surtout chez les adultes âgés de 30 à 45 ans, séparés ou divorcés et moins scolarisés (Marchand & Letarte, 2001). Selon certains auteurs, ces personnes pourraient avoir plus de difficultés à faire face aux événements stressants de la vie (Servant, 2001).

Comorbidité

Lorsque que nous parlons de comorbidité, nous faisons référence à la présence simultanée d'au moins deux troubles chez la même personne. En ce qui concerne le trouble panique, il est souvent associé à d'autres manifestations psychiatriques comme la dépression, les manifestations suicidaires, l'abus de drogues et d'alcool, la dépendance aux tranquillisants, ainsi qu'à d'autres troubles anxieux. De nombreuses études démontrent que la majorité des individus souffrant d'un trouble panique présentent simultanément les symptômes d'au moins un trouble additionnel (American Psychiatric Association, 1994). Une dépression majeure est présente dans 50 % à 65 % des cas (Lalonde, Aubut & Grunberg, 1999). Ainsi, un bon nombre de personnes souffrant d'un trouble panique se plaignent également de symptômes reliés à la dépression : perte d'énergie, sentiment de désespoir, manque d'estime de soi, crises de larmes, irritabilité, difficulté de concentration, perte marquée d'intérêt pour les activités habituelles, diminution du désir sexuel, troubles du sommeil, variations du poids (Wilson, 1993). D'autres individus traitent leur anxiété par l'alcool, les drogues ou les médicaments et sont donc susceptibles de développer un trouble lié à l'utilisation d'une substance. La présence du trouble panique avec d'autres troubles

anxieux est également fréquente, cela surtout chez ceux qui souffrent d'une agoraphobie grave (Kaplan, Sadock & Grebb, 1994). Certains chercheurs observent que 53 % de leurs clients présentant un trouble panique avec agoraphobie ont également un autre trouble anxieux comme diagnostic secondaire. Le trouble d'anxiété généralisée (anxiété et soucis excessifs) se retrouve dans 25 % des cas, la phobie sociale (évitement limité aux situations sociales par peur d'être embarrassé) est observée dans 15 % à 30 % des cas, les phobies spécifiques (évitement limité à une situation unique comme les ascenseurs) sont présentes dans 10 % à 20 % des cas et le trouble obsessionnel-compulsif (évitement de la saleté chez quelqu'un ayant une obsession de la contamination) est observé chez 8 % à 10 % des individus souffrant d'un trouble panique (Ladouceur, Marchand & Boisvert, 1999). Aussi, une dépendance financière (p. ex., aide sociale versée par l'État), des problèmes conjugaux et une détérioration du fonctionnement social peuvent survenir suite à un trouble panique. Finalement, le risque de suicide est plus élevé que chez les gens qui ne présentent aucun trouble mental, et ce risque semble lié à la pathologie anxieuse elle-même, ne s'expliquant pas par la présence d'une dépression majeure ou d'un problème d'abus de substances (Kaplan, Sadock & Grebb, 1994).

Diagnostic différentiel

Il est important d'établir le diagnostic différentiel entre le trouble panique avec agoraphobie et les troubles de l'humeur. La personne déprimée vit souvent de l'anxiété, ce qui peut la mener à des attaques de panique. Nous ne devons pas conclure qu'elle souffre de trouble panique à moins qu'elle ne vive avec la crainte constante de paniquer. Le

contraire est également vrai : comme dans le cas de Diane, il est très fréquent qu'une personne anxieuse vive des épisodes de dépression causées, entre autres par la réduction des activités, la perte d'autonomie, les problèmes conjugaux ou financiers liés au trouble panique avec agoraphobie, le sentiment d'impuissance face à son propre corps, etc. Il est donc possible de poser les deux diagnostics (Ladouceur, Marchand & Boisvert, 1999). Dans le cas de Diane, les symptômes dépressifs sont secondaires au trouble panique avec agoraphobie et moins intenses que les symptômes anxieux, nous devons poser un diagnostic de trouble panique avec agoraphobie uniquement. Il est important de découvrir avec l'aide de la personne, quels symptômes sont apparus les premiers, lesquels sont jugés les plus problématiques et quelles sont les hypothèses de la personne quant à l'apparition des symptômes anxieux et dépressifs. De plus, nous devons nous assurer que le problème présenté par la personne n'est pas attribuable à un problème physique réel. Nous ne posons pas le diagnostic de trouble panique si l'on juge que les attaques de panique découlent directement d'une affection médicale générale, par exemple dans le cas de l'hyperthyroïdie, l'hypoglycémie, le diabète, les problèmes respiratoires (asthme, emphysème), les crises convulsives (épilepsie) ou les affections cardiaques (angine, infarctus du myocarde, arythmie, tachycardie, insuffisance cardiaque). Nous ne posons pas non plus le diagnostic de trouble panique si l'on juge que les attaques de panique sont la conséquence physiologique directe de l'utilisation d'une substance tels l'alcool, les drogues ou les médicaments (Abbar, 1998).

Causes du trouble panique

Il est important de préciser qu'aucune cause à elle seule ne permet d'expliquer l'apparition du trouble panique. Il y en a plusieurs et elles peuvent varier d'une personne à l'autre. Dans l'ensemble, nous pouvons affirmer qu'il y a une interaction entre des facteurs prédisposants, précipitants et de maintien, qui sont de nature à la fois biologique, psychologique et sociale (Ladouceur, Marchand & Boisvert, 1999).

Facteurs prédisposants

Les facteurs prédisposants se définissent comme des caractéristiques d'un individu qui le rendent plus susceptible de développer un trouble panique. Selon Barlow (1988), il semble exister une fragilité biologique chez la plupart des gens présentant un trouble panique avec agoraphobie. Ces individus réagissent plus fortement au stress généré par les événements de la vie courante. Autrement dit, lorsqu'ils ont peur, ils vivent la peur avec plus d'intensité. Par ailleurs, les comportements et les modes de réaction qu'un individu apprend durant l'enfance en observant les autres jouent un rôle important dans la prédisposition au trouble panique (Ladouceur, Marchand & Boisvert, 1999). Si les membres de la famille réagissent aux situations stressantes de façon inadaptée, l'enfant peut adopter les mêmes façons d'agir. Si les parents ont des phobies ou des inquiétudes face aux dangers de la vie, l'enfant peut en déduire que le monde est un endroit dangereux (Marchand, Roberge, Dupuis, Contandriopoulos, Mainguy & Savard, 2000). Certains traits de la personnalité se retrouvent fréquemment chez les individus souffrant de trouble

panique. Nous remarquons que certaines personnes ont tendance à éviter les difficultés plutôt qu'à les affronter et dépendent de leur entourage pour prendre leurs décisions et régler leurs problèmes. Cette forme d'évitement réduit temporairement leur anxiété et les encourage à éviter de nouveau (Ladouceur, Marchand & Boisvert, 1999). En ce qui concerne Diane, celle-ci se décrit comme une personne plutôt dépendante et nerveuse depuis son tout jeune âge. Elle perçoit avoir des réactions physiques plus fortes que les autres dès qu'elle se sent stressée. Elle dit avoir été une enfant gâtée et surprotégée par ses parents. D'ailleurs, elle s'est organisée pour vivre près de chez ses parents, cela est rassurant pour Diane de compter sur la présence et le soutien de ceux-ci. Aussi, Diane précise qu'elle a tendance à éviter les situations difficiles, stressantes ou conflictuelles. Dans ses relations interpersonnelles, c'est une personne qui a besoin de plaire aux autres, qui craint leur jugement et qui exprime peu ses opinions et ses sentiments négatifs, afin d'éviter des conflits. En ce qui concerne l'aspect génétique, le trouble panique est de quatre à sept fois plus fréquent chez les parents au premier degré que dans la population en général (Lalonde, Aubut & Grunberg, 1999). Dans le cas de Diane, sa grand-mère maternelle a également souffert d'un trouble panique. Ces caractéristiques ne causent pas directement le problème, puisque certaines personnes présentent tous ces facteurs de risque sans pour autant souffrir de trouble panique. D'autres, par contre, développent un trouble panique sans que l'on retrouve chez eux ces facteurs prédisposants. Ainsi, la présence d'un ou plusieurs de ces facteurs chez une personne ne constitue pas un gage qu'elle développera le trouble, mais augmente le risque qu'elle en soit affectée (Marchand, Trudel, Todorov, Borgeat, Gareau & Boivin, 1998).

Facteurs précipitants

Nous les appelons aussi facteurs déclenchants. Ils peuvent prendre la forme d'un traumatisme (un accident grave, une situation d'inceste, etc.), d'un stresser psychosocial (un divorce, la mort d'un être cher, une perte d'emploi, un déménagement, etc.) ou d'un stresser chronique (des problèmes conjugaux, des conflits au travail, une maladie, etc.). Le terme chronique ne signifie pas que le stress est toujours présent, mais bien qu'il dure depuis longtemps. Les facteurs précipitants peuvent précéder les premières attaques de panique de quelques jours, quelques semaines, quelques mois, ou peuvent être en cours au moment des premières crises (Marchand, Roberge, Dupuis, Contandriopoulos, Mainguy & Savard, 2000). En ce qui a trait à Diane, les premières attaques de panique ont commencé après la naissance de sa deuxième fille. Elle mentionne avoir fait une dépression suite à cet événement. Diane se sentait prise et démunie face à son enfant. Elle était déprimée et avait de la difficulté à s'occuper de sa fille. Elle a ainsi commencé à avoir peur de rester seule avec son bébé et sa mère devait passer ses journées avec elle pour s'occuper des enfants et de la maison. Cet événement a eu un impact significatif, car il est survenu au moment où Diane était à la limite de ses ressources d'adaptation. Elle était extrêmement fatiguée suite à son accouchement. De plus, elle devait déménager sous peu. La première attaque de panique est survenue après son déménagement, alors qu'elle venait de vivre une période très épuisante. Selon Ladouceur, Marchand et Boisvert (1999), même des événements heureux comme un mariage, la naissance d'un enfant ou même gagner à la loterie peuvent produire suffisamment d'anxiété pour déclencher la première attaque de panique.

Facteurs de maintien

L'apparition d'attaques de panique à la suite d'événements précipitants ne suffit pas à expliquer le développement du trouble panique, puisqu'un fort pourcentage de la population a déjà connu ce type de crise durant des périodes de stress sans que le problème se soit aggravé. Certains facteurs contribuent à maintenir le trouble. L'évaluation des facteurs de maintien permet d'expliquer comment un individu donné maintient son problème ou accentue ses symptômes anxieux. Certains facteurs de maintien différencient les individus qui développent un trouble panique de ceux qui n'en développent pas (Marchand, Roberge, Dupuis, Contandriopoulos, Mainguy & Savard, 2000).

Premièrement, il y a les facteurs d'ordre cognitif. Le terme cognitif désigne les pensées, les idées, les images qui habitent notre esprit, qu'elles soient positives ou négatives. Plus les attaques de panique surviennent fréquemment ou intensément de façon imprévisible et parfois incontrôlable, plus le problème risque de se développer et de s'accroître (Clark, 1988). Quant à Diane, ses attaques surviennent à répétition et elle interprète les sensations de panique de manière catastrophique. Elle a tendance à associer ses réactions physiques à un problème médical ou psychologique grave. Elle est centrée sur elle-même (sur son corps) et aussitôt qu'elle ressent un symptôme, c'est la panique. Diane s'inquiète excessivement et elle est très vulnérable aux menaces qu'elles soient réelles ou imaginaires. Elle réalise qu'elle a tendance à amplifier ses crises d'anxiété en se concentrant sur ses symptômes. Diane affirme avoir de la difficulté à modifier ses pensées, même si elle est consciente que celles-ci sont irréalistes. Elle peut avoir de la difficulté à composer

avec la réalité, car elle semble accorder plus d'importance à la réalité interne qu'à la réalité externe. Elle interprète la réalité à sa façon. Son trouble panique vient de son comportement interne, de ses cognitions plutôt que des situations extérieures. Comme elle ne trouve pas de cause extérieure à ses malaises, elle cherche en elle-même une cause probable et conclut qu'elle doit avoir une maladie grave. Dans sa situation, les attaques de panique surviennent suite aux pensées négatives suscitées par ses malaises physiques. Diane interprète ses symptômes comme le signe d'une maladie grave, ce qui a pour effet d'accentuer son anxiété et même de provoquer des attaques de panique. La façon de s'adapter à la vie de tous les jours peut être problématique chez elle, car elle consacre trop de temps à imaginer et à anticiper. Elle vit avec une crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique et elle s'inquiète à propos des conséquences de celles-ci (Beck & Emery, 1985 ; Clark, 1996). Diane mentionne avoir peur de mourir d'une crise cardiaque, de perdre le contrôle et de devenir folle.

Deuxièmement, il y a les facteurs d'ordre comportemental. Il s'agit des comportements d'évitement et d'échappement. L'échappement consiste à fuir, l'évitement consiste à contourner une situation (Clark, 1988). Diane en vient à avoir tellement peur à force d'appréhender qu'elle évite la situation anxiogène plutôt que d'y faire face. Lorsqu'elle évite, elle ressent immédiatement un profond soulagement dû à la baisse d'anxiété. Ce répit instantané la pousse à choisir fréquemment l'évitement comme moyen de résoudre son problème d'anxiété. Selon Marchand et Letarte (2001), il en résulte à long terme, et même parfois à très court terme, une perte d'autonomie et de confiance en soi très

douloureuse. Ainsi, Diane, à force d'éviter, devient tellement convaincue du danger qu'elle se retrouve confinée à sa maison.

Troisièmement, il peut y avoir des bénéfices (avantages) secondaires chez certaines personnes aux prises avec un trouble panique (Marchand, Roberge, Dupuis, Contandriopoulos, Mainguy & Savard, 2000). Diane mentionne qu'à cause de son problème d'anxiété, elle obtient plus d'attention et d'aide de la part de ses proches et a par conséquent, moins de responsabilités à assumer. Selon Marchand et Letarte (2001), plus la personne trouve de bénéfices secondaires à son problème, moins elle sera portée à demander un traitement et à persévérer pendant celui-ci. Par contre, Diane affirme que ces bénéfices s'avèrent bien minimes comparativement à toutes les conséquences néfastes de son anxiété. Le trouble panique lui occasionne des difficultés interpersonnelles et un sentiment d'isolement qui, en augmentant l'anxiété et la dépression, l'amènent à être moins apte à affronter les situations stressantes.

Finalement, il y a des facteurs situationnels et individuels. Nous avons vu précédemment que certains stressseurs chroniques, tels que la mésentente conjugale ou l'insatisfaction au travail, peuvent précipiter les premières attaques de panique. Si le stressseur persiste après le début des attaques de panique, il peut devenir un facteur de maintien du problème car il augmente de façon chronique le niveau global d'anxiété (Ladouceur, Marchand & Boisvert, 1999). Dans le cas de Diane, les difficultés conjugales, les conflits avec son employeur, le manque de repos, d'exercice et de loisirs ainsi que la pauvreté de son réseau social peuvent contribuer à maintenir son trouble panique. Diane vit

beaucoup d'insatisfaction, de frustration et de colère vis-à-vis son entourage (conjoint, enfants de son conjoint, employeur), mais ces sentiments ne sont pas exprimés. Il est probable que l'accumulation des émotions retenues se manifeste dans ses crises d'anxiété.

Évolution et pronostic

L'individu souffrant de trouble panique attend en moyenne 7 ans avant de consulter pour ce problème, et ce, après avoir multiplié les consultations médicales afin de découvrir l'origine de son problème. Le trouble panique est un problème chronique, en ce sens qu'il dure généralement longtemps et qu'il disparaît rarement sans traitement spécifique. De plus, le trouble panique altère de façon importante l'état de santé des personnes qui en sont affectées, ainsi que leur fonctionnement familial et social (Ladouceur, Marchand & Boisvert, 1999). Il est important de préciser que l'évolution est différente pour chaque individu, mais en l'absence de prise en charge, le trouble panique s'aggrave généralement par la répétition des attaques de panique, l'évitement de nouvelles situations et parfois même, des baisses de moral liées au fait de ne pas s'en sortir (Servant, 2001). En ce qui concerne le pronostic de changement, il est relativement bon, c'est-à-dire que nous prévoyons que les personnes qui souffrent d'un trouble panique ont de bonnes possibilités de voir leur situation s'améliorer (Lalonde, Aubut & Grunberg, 1999). Selon certaines études, de 6 à 10 ans après le traitement, environ : 30 % des personnes n'ont plus de symptômes ; de 40 % à 50 % ont vu leur état s'améliorer mais ont encore des symptômes ; de 20 % à 30 % ont les mêmes symptômes ou en ont plus (American Psychiatric Association, 1994 ; Kaplan, Sadock & Grebb, 1994).

Pour Diane, le pronostic de changement est favorable puisqu'elle est motivée à entreprendre une démarche thérapeutique. Sa motivation à surmonter ses difficultés semble bonne, par le fait qu'elle tente actuellement de s'exposer seule à certaines situations

anxiogènes. Cela milite en faveur d'un pronostic favorable. De plus, Diane ne présente pas de signes dépressifs importants, ni d'idéations suicidaires. Cependant, l'interaction possible entre les problèmes conjugaux et le trouble panique assombrit le pronostic. La difficulté conjugale et son influence sur le déroulement du traitement doivent être surveillées.

Stratégies d'intervention

Lorsqu'elles sont traitées adéquatement, la plupart des personnes souffrant d'un trouble panique sont grandement soulagées. Les traitements qui s'avèrent les plus efficaces sont la pharmacothérapie et la thérapie cognitivo-comportementale. Alors que la médication vise surtout le contrôle des paniques, l'approche cognitivo-comportementale est axée à la fois sur la gestion des paniques et sur la suppression de l'évitement phobique (Lalonde, Aubut & Grunberg, 1999).

Traitements psychologiques

Dans le cas de Diane, c'est une psychothérapie individuelle qui lui est proposée. Plus précisément, c'est l'approche cognitivo-comportementale qui guide le traitement du trouble panique avec agoraphobie. Cette approche comprend : 1^e de l'information sur le trouble panique ; 2^e des techniques destinées à contrôler les manifestations physiques, ce sont le contrôle respiratoire et la relaxation ; 3^e des techniques destinées à changer les pensées et le discours intérieur (ce que la personne se dit dans sa tête), il s'agit de la restructuration cognitive ; 4^e des techniques qui vont aider la personne à affronter les situations qu'elle redoute en s'exposant de façon progressive, comme s'il s'agissait de réapprendre un nouveau comportement, ce sont les techniques d'exposition. Ce type de traitement dure en général trois à six mois et parfois, selon les cas, plus longtemps. Le thérapeute intervient de façon active et empathique, dans une démarche de soutien et d'accompagnement (Servant, 2001). Le traitement de Diane consiste en huit séances de

thérapie. Les rencontres sont échelonnées sur une période de trois mois, à raison d'une heure par séance. En plus des rencontres, le traitement se caractérise par la pratique d'exercices dirigés par la personne agoraphobe à l'extérieur des rencontres avec le professionnel, mais supervisés par celui-ci. De plus, Diane reçoit à chaque rencontre de l'information écrite sur les thèmes discutés dans la séance pour faciliter chaque étape du traitement.

Informations sur le trouble panique

La première étape du traitement consiste à donner à Diane des informations pertinentes sur son trouble. En la renseignant, nous la rassurons : elle ne souffre d'aucune maladie physique grave, elle n'est pas en train de devenir folle, d'autres personnes éprouvent les mêmes difficultés. Nous éliminons ainsi progressivement les craintes reliées aux symptômes des attaques de panique, qui sont le facteur principal de maintien du trouble. Ensuite, le thérapeute lui fait part des différentes causes du trouble panique. Avec la collaboration de Diane, il explore les facteurs prédisposants et les événements qui semblent avoir joué un rôle dans son problème. Il tente de déterminer les éléments qui contribuent au maintien du trouble et qui devront être modifiés autant que possible. Parfois, la personne a du mal à reconnaître le rôle de certains de ces facteurs, comme les comportements sécurisants, les bénéfices secondaires, les stressors chroniques et certains traits personnels ; c'est pourquoi la phase d'information est importante. En ce qui concerne les comportements sécurisants, Diane emporte toujours avec elle des comprimés de Rivotril®. De plus, elle s'est organisée pour vivre près de chez ses parents, car c'est

rassurant pour elle de compter sur la présence et le soutien de ceux-ci. Diane réalise que son problème d'anxiété lui apporte des bénéfices secondaires, par exemple cela lui permet d'obtenir plus d'attention et d'aide de la part de ses proches et elle a moins de responsabilités à assumer. Diane reconnaît que les problèmes conjugaux et les conflits au travail (stresseurs chroniques) augmentent son niveau d'anxiété. En ce qui a trait à ses traits personnels, Diane se rend compte qu'elle a tendance à éviter les difficultés plutôt qu'à les affronter et qu'elle dépend de son entourage pour prendre des décisions et régler ses problèmes. Elle se décrit comme une personne dépendante et nerveuse, et ce, depuis son tout jeune âge. Puis, le thérapeute explique à Diane tous les symptômes de l'attaque de panique dans le contexte de la réaction de lutte ou de fuite, en insistant sur le fait que l'anxiété et la panique sont des réactions physiques normales ayant pour but de protéger l'organisme et non de lui faire du tort. Le thérapeute identifie les symptômes que Diane redoute le plus. Il s'efforce de diminuer la crainte que suscitent ces symptômes et les conséquences qu'elle leur attribue. (Ladouceur, Marchand & Boisvert, 1999). Diane spécifie que les symptômes les plus terrifiants pour elle, ce sont les palpitations cardiaques, la douleur thoracique et la sensation d'étouffement. Elle s'inquiète d'une aggravation possible de ces symptômes (crise cardiaque, perdre le contrôle de soi ou devenir folle). Elle craint également d'être prisonnière d'une situation sociale (cinéma, spectacle, foule). Diane précise que les informations sur le trouble panique avec agoraphobie lui ont permis de faire le point sur son problème et de mieux le comprendre.

La rééducation respiratoire

Une fois que Diane a bien compris les composantes de son problème, il est essentiel de lui apprendre à gérer les malaises physiques qu'elle ressent lorsqu'elle est anxieuse ou qu'elle panique. Alors, le thérapeute lui enseigne une technique de respiration adéquate (respiration diaphragmatique) qui lui permet de diminuer et de prévenir les réactions physiologiques causées par l'hyperventilation (palpitations cardiaques, tremblements, sudation excessive, impression d'avoir les jambes molles ou de manquer d'air, etc.). L'hyperventilation se définit par une respiration trop rapide, amenant un apport en oxygène trop grand pour les besoins corporels du moment. Il en résulte un déséquilibre au niveau de l'échange oxygène/gaz carbonique. Il est important de faire comprendre à Diane que les symptômes liés à l'hyperventilation comme les étourdissements, le sentiment de manquer d'air, la vision brouillée et les engourdissements dans les extrémités bien que désagréables, ne sont pas dangereux. En plus de respirer trop rapidement, Diane a tendance à respirer à l'aide des muscles de la poitrine, ce qui favorise l'essoufflement et les douleurs thoraciques. La technique de rééducation respiratoire consiste à diminuer le rythme et l'amplitude respiratoires et à réapprendre à respirer avec le diaphragme plutôt qu'avec les muscles de la poitrine. Le diaphragme est un muscle très puissant situé juste sous les côtes (Clark, Salkovskis & Chalkley, 1985). Voici les consignes proposées à Diane pour qu'elle apprenne à respirer correctement : « D'abord, installez-vous confortablement dans un endroit calme. Avec la respiration diaphragmatique vous devriez normalement sentir votre estomac se soulever de 2 à 3 centimètres à l'inspiration et baisser de même lors de l'expiration. En même temps que vous inspirez, comptez très lentement jusqu'à quatre ;

lorsque vous expirez comptez lentement à rebours jusqu'à un. Ainsi, en inspirant, vous vous dites « un, deux, trois, quatre », et en expirant, « quatre, trois, deux, un ». Si vous commencez à vous sentir étourdi, ralentissez le compte. Faites cet exercice plusieurs fois. Continuez d'appliquer cette technique de rééducation respiratoire dans les situations d'anxiété, même s'il survient des sensations de tension, jusqu'à ce que cette respiration devienne naturelle et remplace votre ancien réflexe d'hyperventilation » (Beck, Sokol, Clark, Berchick & Wright, 1992). Diane précise qu'avec la technique de rééducation respiratoire, elle respire mieux. Avant, elle avait tendance à respirer à l'aide des muscles de la poitrine plutôt qu'avec le diaphragme et sa respiration était rapide et superficielle. Maintenant, elle réalise qu'en utilisant le diaphragme, sa respiration est plus lente et plus profonde. Diane a commencé à pratiquer la respiration diaphragmatique dans des situations de repos. Avec la pratique, elle est parvenue à l'utiliser dans un contexte de stress intense. Elle ajoute que dès qu'un symptôme physique survient et avant qu'il ne gagne en intensité, elle fait des exercices de respiration ce qui lui permet d'éviter une crise de panique. Elle précise que le fait de compter 1-2-3-4 dans sa tête lui évite de se concentrer sur ses symptômes physiques et de les amplifier. De plus, Diane mentionne que cette façon de respirer est devenue naturelle et elle l'utilise dans la vie de tous les jours. Elle observe des changements chez elle : elle est plus calme, parle plus lentement et dort mieux (elle a moins de difficulté à s'endormir). Aussi, elle constate que le fait de réguler sa respiration dans des moments d'émotion intense, lui permet de mieux réagir.

La relaxation

Ensuite, le thérapeute enseigne à Diane la relaxation musculaire progressive de Jacobson (1980). Il s'agit d'une technique qui permet à la personne de devenir consciente des niveaux de tension dans différents groupes de muscles de son corps. Cette méthode de relaxation consiste en une série d'exercices qui requièrent de tendre des muscles spécifiques puis de relâcher la tension de façon à créer un contraste entre la tension et la détente. Il est important de se centrer sur l'état de tension puis l'état de détente de façon à bien identifier les deux états et apprendre à les reconnaître. Voici maintenant les consignes utilisées pour apprendre à Diane la relaxation : « Choisissez un endroit calme et installez-vous confortablement sur une chaise. Vous pouvez fermer les yeux. Vous devez effectuer chaque contraction pendant 10 secondes, puis vous relâchez la tension. La période de relâchement, de détente est de 15 secondes pour chaque muscle. Essayez de contracter uniquement le groupe musculaire demandé en laissant les autres parties du corps détendues. D'abord, vous allez fixer votre attention sur vos mains, serrez fort les poings... puis relâchez la tension en laissant vos mains retomber sur vos cuisses. Dirigez votre attention sur vos bras, serrez-les fort l'un contre l'autre... puis relâchez la tension en laissant retomber les bras sur les cuisses. Dirigez votre attention sur vos épaules, soulevez-les jusqu'aux oreilles, en poussant aussi fort que possible... puis relâchez la tension. Dirigez votre attention sur votre front, soulevez doucement vos sourcils... puis relâchez la tension en laissant retomber les sourcils. Dirigez votre attention sur votre langue, appuyez-la contre le palais, très fort... puis relâchez la tension. Maintenant, serrez les lèvres l'une contre l'autre... puis relâchez la tension en desserrant les lèvres et les

mâchoires. Dirigez de nouveau votre attention sur votre bouche et ouvrez-la grande, très grande... puis relâchez la tension. Maintenant, penchez-vous vers l'avant, pliez les bras et soulevez-les à la hauteur des épaules, en essayant de ramener les coudes vers le dos, les muscles de votre poitrine et ceux de votre dos se tendent, maintenez cette position... puis relâchez la tension et remettez-vous droit sur votre chaise. Dirigez votre attention sur votre ventre, gonflez votre ventre en serrant fort les muscles... puis relâchez la tension. Dirigez votre attention sur vos fesses, serrez les fesses... puis relâchez la tension. Maintenant, dirigez votre attention sur vos cuisses, soulevez un peu la jambe gauche... puis relâchez la tension en laissant retomber cette jambe. Maintenant, soulevez un peu la jambe droite... puis relâchez la tension en laissant retomber cette jambe. Dirigez votre attention sur vos mollets, gardez les talons au sol et pointez les orteils vers le visage en soulevant la partie antérieure de la plante du pied... puis relâchez la tension en laissant retomber vos pieds au sol. Dirigez votre attention sur vos pieds en tournant les orteils vers le bas, comme si vous les enfoncez dans le sable... puis relâchez la tension. Pendant quelques secondes, prenez conscience de votre état de relaxation et de détente de l'ensemble de votre corps. Vous pouvez commencer à reprendre conscience de votre position par rapport à la pièce dans laquelle vous vous trouvez, à laisser se produire un léger mouvement dans vos doigts, vos orteils, vos pieds, vos mains. Vous pouvez commencer à réorienter votre corps entier. Vous êtes maintenant prêt à rouvrir les yeux et à profiter du reste de la journée ou de la soirée, rafraîchi et alerte. Vous pouvez vous entraîner tous les jours et refaire cette exercice pendant au moins une semaine » (Ost & Westlig, 1995). Diane précise qu'elle pratique la relaxation musculaire progressive de Jacobson depuis trois mois. Cet entraînement consiste en une séance quotidienne de relaxation d'environ 10 minutes. Diane a enregistré les

consignes sur une cassette. Elle constate que c'est plus facile de demeurer concentrée durant la séance si elle suit des consignes préenregistrées. Diane mentionne qu'elle utilise également la relaxation musculaire dans les activités de la vie de tous les jours et dans les situations de stress et d'anxiété. Elle affirme qu'avec cette méthode, elle a appris à reconnaître les groupes musculaires qui sont tendus. Une fois la tension perçue, elle utilise la relaxation pour réduire la tension dans la région affectée. Elle ajoute que cela lui permet de mieux contrôler les attaques de panique. De plus, elle constate que les symptômes anxieux tels la transpiration, les palpitations, les tremblements et les maux de tête sont moins fréquents depuis qu'elle utilise la relaxation.

La restructuration cognitive

Une fois que Diane a appris à utiliser les stratégies de rééducation respiratoire et de relaxation, l'intervention peut se centrer sur la restructuration cognitive. Cette composante du traitement du trouble panique permet de modifier les interprétations catastrophiques de danger, les croyances erronées que la personne entretient et qui contribuent à l'escalade de l'anxiété jusqu'à la panique. Le thérapeute enseigne à Diane à reconnaître ses interprétations anxiogènes et à les remettre en question, pour en arriver à des interprétations plus justes et plus réalistes et, par conséquent, plus rassurantes (Barlow & al., 1984 ; Barlow, Craske, Cerny & Klosko, 1989). La restructuration cognitive se fait en trois étapes. La première étape consiste à amener Diane à bien identifier les pensées et les croyances qui entretiennent sa peur. Il est utile de lui faire remémorer avec précision une attaque de panique récente, les circonstances de survenue, les symptômes présentés, la

chronologie, l'évolution, les conséquences et de mettre en évidence les pensées catastrophiques, irréalistes, génératrices d'anxiété. Nous pouvons l'aider en posant les questions suivantes : « Que vous êtes-vous dit quand cela vous est arrivé? Y a-t-il des images qui vous sont venues à l'esprit? À quoi avez-vous pensé? Et alors, qu'aurait-il pu arriver? Quelle aurait pu être la conséquence? » La deuxième étape consiste à aider Diane à remettre en question ses interprétations des attaques de panique, de manière à éliminer peu à peu les pensées catastrophiques. Il s'agit de l'amener à examiner les preuves concrètes et les probabilités que ses prédictions se réalisent. Nous pouvons l'aider en posant les questions suivantes : « Pensez-vous que cela puisse avoir de telles conséquences? Que se passerait-il si cela arrivait? Quelle est la probabilité qu'un tel problème puisse réellement survenir? Est-ce que cela est déjà survenu par le passé? » La troisième étape consiste à aider Diane à remplacer les pensées initiales catastrophiques par d'autres, plus réalistes et constructives. Nous pouvons l'aider en posant les questions suivantes : « Comment pourrait-on interpréter autrement la situation? N'y a-t-il pas une autre façon de penser? Comment quelqu'un d'autre envisagerait la situation? » (Beck, 1988 ; Beck & Emery, 1985 ; Clark & Beck, 1988; Zinberg, Barlow, Brown & Hertz, 1992). Prenons l'exemple de Diane, elle a peur de faire une crise cardiaque. Premièrement, Diane exprime ses pensées automatiques : « Si j'ai une crise cardiaque, je suis loin des secours. J'ai un grand-père qui est mort d'une crise cardiaque, il y a donc plus de chances que je souffre aussi de maladie cardiaque. » Deuxièmement, le thérapeute l'encourage, en posant des questions, à confronter ces croyances à la réalité. Cet exercice permet de tirer certaines conclusions : Diane surestime le risque de faire une crise cardiaque à son âge ; elle interprète comme signes d'une crise cardiaque d'inoffensifs symptômes d'anxiété ; ce

n'est pas parce que son grand-père a souffert de maladie cardiaque qu'elle en souffrira aussi ; tous les examens médicaux démontrent qu'elle est en bonne santé ; et finalement s'il lui arrive d'avoir une crise cardiaque, il y a des hôpitaux partout alors elle aurait de bonnes chances d'être sauvée. Le thérapeute a donc aidé Diane à réévaluer les probabilités de faire une crise cardiaque dans son cas. Troisièmement, Diane est encouragée à formuler des pensées plus réalistes : « Il y a peu de chances que je souffre d'une crise cardiaque puisque que je suis en bonne santé. L'anxiété ne mène pas à la crise cardiaque. Si j'ai un malaise, j'obtiendrai de l'aide ou voici ce que je peux faire. » Avec la structuration cognitive, Diane réalise qu'elle alimente en grande partie ses attaques de panique. Elle constate qu'elle entretient des peurs irréalistes avec les maladies, ce qui amplifie son anxiété. Elle se rend compte que ses pensées automatiques exercent un impact négatif sur ses émotions, ses sensations et ses comportements. Ses pensées négatives sont si fortes qu'elles entraînent des sensations physiques désagréables. Il est donc clair pour elle que ses pensées automatiques jouent un rôle très important dans son agoraphobie. Elle remarque que ses anticipations négatives amplifient son anxiété avant même d'affronter la situation. Diane affirme qu'elle est maintenant capable de reconnaître ses pensées irréalistes et de les remettre en question. Elle ajoute qu'elle a découvert une nouvelle façon de se parler. Maintenant, elle entretient un discours intérieur plus réaliste, centré sur ses ressources personnelles plutôt que sur la dévalorisation personnelle. Elle réalise qu'en remplaçant ses pensées irréalistes par des pensées plus réalistes et constructives, elle se sent plus en contrôle de la situation. De même, elle renforce son habileté à faire face à de nouvelles situations.

L'exposition aux situations anxiogènes

La dernière étape du traitement consiste à amener Diane à s'exposer aux situations qu'elle craint et qui provoquent de l'anxiété. Pour que ses réactions de peur diminuent, Diane n'a d'autre choix que de s'exposer aux situations redoutées. Le moyen privilégié réside dans l'exposition graduée et prolongée aux situations faussement interprétées comme menaçantes. Cela consiste à commencer par affronter une situation qui suscite une réaction très légère d'anxiété. Diane peut ainsi apprendre à supporter l'anxiété sans paniquer, car cette anxiété crée des sensations de faible intensité. Diane doit alors rester dans la situation jusqu'à ce que l'anxiété disparaisse ou diminue assez pour qu'elle n'ait plus peur de ses sensations. Elle répétera alors la même situation jusqu'à ce que l'angoisse cesse. Puis, elle passera à une situation légèrement plus difficile. Nous disons de cette exposition qu'elle est graduée, car la personne doit commencer par les situations les plus faciles en augmentant la difficulté à mesure que sa confiance augmente et que ses malaises s'atténuent. Nous la qualifions de prolongée, car la personne doit rester dans la situation assez longtemps pour que l'anxiété diminue (Barlow & al., 1984 ; Emmelkamp, 1982). En procédant ainsi, Diane se réhabitue à ces situations anxiogènes (p. ex., aller dans un cinéma) et cesse de les interpréter comme une menace. Elle réalise qu'en restant dans la situation, en remplaçant les pensées catastrophiques par des scénarios de succès ou de mise en œuvre de ses ressources, son anxiété diminue dans la situation. Il est important de se rappeler que l'évitement d'une situation anxiogène produit une diminution de l'anxiété mais maintient la peur. Au contraire, l'exposition graduée et prolongée permet un processus d'habituation et d'extinction de la réponse d'anxiété. L'important réside dans la

pratique fréquente afin de défaire les habitudes d'évitement que la personne a acquises avec le temps (Marchand & Comeau, 1987 ; Marchand, Roberge, Dupuis, Contandriopoulos, Mainguy & Savard, 2000). En cessant d'éviter, Diane a constaté qu'aucun des malheurs prévus n'est survenu et que ses malaises ont disparu tranquillement. Maintenant, elle peut aller dans un cinéma bondé de gens sans éprouver de l'anxiété. Selon Ladouceur, Marchand et Boisvert (1999), pour que l'exposition soit efficace, la personne doit respecter quatre règles de base : accepter les sensations, se sentir à la hauteur, rester sur place et attendre que la peur disparaisse. Diane précise que le fait de s'exposer graduellement à une situation anxiogène lui a permis d'en arriver à apprivoiser complètement la situation. Par exemple, voici les étapes que Diane a surmontées avant de parvenir à aller au cinéma seule :

- Aller au cinéma, assise à côté de son conjoint, dans les derniers bancs.
- Aller au cinéma, assise à côté de son conjoint, dans les premiers bancs, près de l'allée.
- Aller au cinéma, assise à côté de son conjoint, dans les premiers bancs, au milieu.
- Aller au cinéma seule, assise dans les derniers bancs.
- Aller au cinéma seule, assise dans les premiers bancs, près de l'allée.
- Aller au cinéma seule, assise dans les premiers bancs, au milieu.

Le maintien des acquis

Afin de favoriser la poursuite et le maintien des acquis, il est important que le thérapeute revienne sur les informations et les techniques qu'il a transmises à Diane, pour s'assurer que celle-ci les comprend bien et surtout les utilise. De plus, il est important de

lui rappeler que même si le suivi psychologique achève, le traitement, lui, n'est pas terminé ; qu'elle doit le poursuivre seule ; que c'est le seul moyen de continuer à progresser et de prévenir les rechutes. Ainsi, Diane doit continuer de mettre en pratique les différentes stratégies qu'elle a apprises (respiration diaphragmatique, relaxation, restructuration cognitive et exposition aux situations anxiogènes). Si le thérapeute identifie des facteurs secondaires qui ont prédisposé l'individu aux premières attaques de panique, qui ont nui à son traitement ou qui pourraient le rendre vulnérable aux rechutes, certains de ces facteurs pouvant être des conséquences plutôt que des causes du trouble, il pourra juger utile d'orienter l'intervention vers la modification de ces facteurs. Il peut s'agir de problèmes conjugaux ou familiaux, de problèmes de communication ou de relations interpersonnelles, de dépendance et de tendance à la passivité, de dépression, de troubles de la personnalité, d'abus d'une substance (alcool, drogues), d'un style de vie trop stressant, d'une tendance au perfectionnisme, etc. (Marchand & Letarte, 2001). Dans le cas de Diane, le thérapeute lui a également enseigné des techniques d'affirmation de soi pour lui permettre de défendre ses droits d'une manière non-agressive, raisonnable et efficace. Diane précise que l'entraînement à l'affirmation de soi l'a aidé à réaliser qu'elle peut exprimer ses sentiments, particulièrement la colère, d'une manière efficace. De plus, elle mentionne que l'entraînement à l'affirmation de soi et l'expression des émotions lui ont permis d'avoir des relations plus satisfaisantes avec son entourage. Elle ajoute que l'apprentissage d'habiletés sociales l'a aidée à développer son autonomie, sa confiance et son estime personnelle, ce qui lui a permis de diminuer son niveau d'anxiété et les risques de rechutes.

Traitements médicamenteux

Il y a deux grandes classes de médicaments utilisées dans le traitement du trouble panique : les tranquillisants (souvent appelés calmants, sédatifs, anxiolytiques ou benzodiazépines) et les antidépresseurs. Il a été démontré que ces médicaments, s'ils sont prescrits à un dosage approprié, peuvent être efficaces pour certaines personnes, tout au moins pour un soulagement à court terme de l'anxiété et de la panique. Toutefois, ils ne résolvent pas les difficultés psychologiques de la personne. Ils ne la dispensent pas des efforts nécessaires pour remettre en question ses pensées anxiogènes, l'exposer progressivement aux situations anxiogènes, pratiquer la relaxation et la rééducation respiratoire. Ils rendent ce travail possible en augmentant son seuil de tolérance. Cette précieuse marge de manœuvre permet à la personne de pratiquer ses habiletés et de consolider ses acquis sans atteindre des niveaux d'anxiété intolérables. Aussi instantané que soit l'effet de la médication, il ne faut pas oublier qu'elle n'apporte qu'une aide temporaire visant à permettre le développement des habiletés (Marchand & Letarte, 2001).

Il faut savoir que les antidépresseurs permettent d'éviter que les crises de panique se reproduisent. Il s'agit d'un traitement qui peut demander quelques semaines pour agir, et il faut, chez certaines personnes augmenter les doses. Lorsqu'il est efficace, ce traitement doit être maintenu au moins six mois à un an, pour éviter que les attaques de panique ne reviennent. Le traitement devra être arrêté progressivement sur plusieurs mois. Le traitement des crises de panique peut conduire à prescrire des tranquillisants lorsque l'anxiété est très importante. Si ces médicaments sont très efficaces et bien tolérés pour

réduire les symptômes de l'anxiété, le problème majeur est le risque d'abus et de dépendance et il faut tenter de limiter leur usage (Servant, 2001). La dépendance aux tranquillisants survient rapidement, puisqu'il est très difficile pour la majorité des gens de cesser de les prendre une fois qu'ils ont commencé et il y a risque de surdosage à la suite d'un mauvais usage ou d'abus. Ce risque survient parce que, entre les prises de médicaments ou lors du sevrage (réaction au manque de la substance dans l'organisme due à l'arrêt ou à la diminution du médicament, se manifestant par de l'insomnie, des nausées, des tremblements, des vomissements, etc.), il se produit une réapparition des symptômes d'anxiété, rapide et plus élevée qu'avant la prise de médication (effet de rebond), qui peut être soudaine ou prolongée. Pour ces raisons, presque tous les sujets manifestent une rechute, c'est-à-dire revivent les symptômes reliés au trouble panique, adoptent le même fonctionnement qu'avant la consultation, une fois le médicament retiré, particulièrement si le retrait est trop rapide. Pour toutes ces raisons, les tranquillisants doivent être prescrits en petites doses, au besoin, pour de courtes périodes espacées, et sous contrôle médical strict. Donc, le traitement pharmacologique offre souvent des résultats intéressants à court terme, mais le nombre de rechutes observées lors du retrait de la médication réduit considérablement son efficacité à long terme (Bougerol & Dufour, 1998). Le taux de rechute varie entre 20 et 50 % en ce qui concerne les antidépresseurs et entre 60 et 90 % dans le cas des tranquillisants (Marchand & Letarte, 2001). De plus en plus de recherches cliniques démontrent qu'un traitement cognitivo-comportemental donne des résultats supérieurs à long terme aux tranquillisants ainsi qu'aux antidépresseurs lorsque ces derniers sont prescrits sans psychothérapie. Les effets thérapeutiques, après l'arrêt du traitement, sont donc plus durables avec la psychothérapie (Bougerol & Dufour, 1998).

Selon Lalonde, Aubut & Grunberg (1999), il est souvent judicieux de combiner ces deux approches (psychothérapie et médicaments).

Si nous revenons à l'exemple de Diane, nous constatons que son médecin lui a prescrit un tranquillisant (Rivotril®) ainsi qu'un antidépresseur (Serzone®). Diane prend cette médication de façon régulière depuis 12 ans. Elle prend également un quart de comprimé de Rivotril® à l'occasion quand elle se sent particulièrement anxieuse. Diane désirait une médication pour ses attaques de panique pour plusieurs raisons. Les symptômes d'anxiété étaient tellement accablants et aigus qu'elle avait l'impression qu'elle ne pouvait les tolérer une journée de plus et souhaitait être soulagée le plus vite possible. Toutefois, malgré la médication Diane éprouve toujours des symptômes d'anxiété, sinon elle ne prendrait pas la peine de consulter pour un traitement psychologique. Diane désire apprendre des méthodes nouvelles, plus adaptatives, pour faire face à son anxiété. Cependant, elle doit apprendre à maîtriser ses attaques de panique avant de pouvoir éliminer avec succès sa médication. Cela s'explique par le fait qu'il est possible que la diminution de la médication provoque des symptômes d'anxiété ou des attaques de panique plus intenses que ceux ressentis précédemment. De plus, il est important que l'arrêt de la médication se déroule sous la supervision de son médecin ; lui seul peut décider du rythme adéquat afin de diminuer sa médication jusqu'à l'élimination complète (Marchand & Letarte, 2001).

Méthode

Comme Diane se plaint d'un trouble de panique avec agoraphobie, l'évaluation avec le MMPI est utile parce qu'en plus de mesurer de façon spécifique l'anxiété et la dépression chez le sujet, elle fournit un profil complet des difficultés que peut présenter Diane. S'ajoute au MMPI des instruments de mesure s'adressant de façon spécifique à l'anxiété, soit l'Échelle d'anxiété IPAT de Cattell.

Diane est évaluée à deux reprises : avant le début de la thérapie et à la fin de la thérapie. Chaque évaluation dure environ deux heures. Ces évaluations se font sous la forme d'entrevues et de questionnaires. L'évaluation psychologique vise à confirmer le diagnostic, à établir l'analyse fonctionnelle de la problématique, à évaluer la présence d'autres troubles anxieux ou de troubles de l'humeur. Lors des deux périodes d'évaluation, les instruments psychométriques administrés sont le MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) et l'Échelle d'anxiété IPAT de Cattell. La modalité de traitement s'échelonne sur une période de 12 semaines et comprend 8 rencontres d'une heure avec le thérapeute. La deuxième rencontre d'évaluation a lieu un mois après la fin de la thérapie, soit quatre mois après la première évaluation. Par la suite, une entrevue clinique (bilan de la thérapie) est faite auprès de Diane. Lors de cette entrevue, les points suivants sont abordés : la description des améliorations constatées par le sujet ou par son entourage, l'énumération des symptômes qui demeurent, ce qui lui a le plus aidé dans la thérapie, ce qu'elle a le plus ou le moins apprécié et autres commentaires.

Instruments de mesure

MMPI-2

Le MMPI est le test de personnalité le plus utilisé de nos jours, tant dans la pratique que dans la recherche (Butcher, Graham, Ben-Porath, Tellegen, Dahlstrom & Kaemmer, 2001). Le MMPI a été conçu par S. R. Hathaway et J. C. McKinley (1943). Il a été l'objet d'une révision majeure qui fut publiée en 1989 (MMPI-2). Ce test évalue la personnalité et les problèmes cliniques à l'aide d'un regroupement d'échelles. Il est l'instrument le plus soutenu par la littérature pour évaluer la présence d'un syndrome clinique spécifique de l'axe 1 du DSM. Dans sa version finale, le MMPI-2 comprend 567 items et plus d'une centaine d'échelles et de sous-échelles, dont la plupart sont d'anciennes échelles et sous-échelles du MMPI-1. Les différentes échelles et sous-échelles permettent ainsi d'obtenir davantage d'informations sur une question précise. Le sujet répond à chacun des énoncés par « vrai », « faux » ou « je ne sais pas ». Les sujets sont encouragés à ne pas répondre « je ne sais pas », de façon à éviter de fausser le profil clinique. Le test dure environ 90 minutes et peut être administré à tout sujet de plus de 18 ans (18 à 84 ans). Le MMPI-2 comprend des échelles de validité de base (les échelles L, F et K) qui permettent de détecter des comportements qui peuvent biaiser les résultats. Par exemple, un sujet peut laisser un grand nombre d'items sans réponse, jouer un rôle qui ne reflète pas sa personnalité, exagérer ou sous-estimer des aspects de sa personnalité, éviter de suivre les instructions du test, être incapable de lire les questions ou de les comprendre, répondre au hasard ou encore se trouver dans un état psychotique qui perturbe la passation du test. Les

échelles de validité permettraient de détecter ces comportements. Le calcul des résultats se fait de façon manuelle ou informatisée. En ce qui concerne la fidélité, les auteurs rapportent un coefficient de stabilité temporelle (test-retest après une semaine) de 0,88 pour les échelles d'anxiété (ANX) et de dépression (DEP) (pour les femmes) et un coefficient de consistance interne (alpha de Cronbach) de 0,83 à l'échelle d'anxiété (ANX) et de 0,86 à l'échelle de dépression (DEP) (Butcher, Graham, Ben-Porath, Tellegen, Dahlstrom & Kaemmer, 2001).

L'Échelle d'anxiété IPAT de Cattell

L'Échelle d'anxiété IPAT, mise au point sous la direction de R. B. Cattell et I. H. Scheier (1957), permet d'obtenir de façon rapide et objective une mesure de l'anxiété. Cet instrument a été traduit en français par Dollard Cormier (1962). Ce test est composé de 40 items, il a une durée de passation de 10 à 15 minutes et il se corrige à l'aide d'une grille de correction. Le test mesure l'anxiété de deux façons différentes : les vingt premiers items du test donnent une cote d'anxiété qui est voilée ou latente et les vingt derniers items du test portent sur une cote d'anxiété qui est manifeste ou symptomatique. De plus, un fractionnement préétabli par analyse factorielle des 40 items, donne lieu à une étude de la contribution de cinq facteurs de la personnalité déterminés expérimentalement comme les sources de l'anxiété. Le premier de ces facteurs est la faiblesse de la conception de soi, le second est la faiblesse du moi, le troisième consiste en la tendance paranoïde ou suspicion, ensuite il y a la disposition à la culpabilité et pour terminer, nous pouvons retrouver la tension nerveuse. De plus, à l'examen des résultats, il y a deux interprétations des mesures

à exécuter. La première consiste en une cote d'anxiété générale. Par exemple, un score entre 8 et 10 indique la présence d'un niveau d'anxiété très élevé et qui nécessiterait une intervention psychologique. Un score entre 4 et 7 indique un niveau moyen d'anxiété qui est normal et sain pour l'individu et un score entre 1 et 3 est présent chez un individu qui est en mesure de tolérer des situations de stress et de crises. La deuxième interprétation sert à « décortiquer » l'anxiété elle-même. Cela permet de voir quels facteurs, parmi les cinq cités plus haut, sont présents et sont la source de l'anxiété vécue par le sujet. Cela aide à faire un diagnostic plus précis et cela permet donc d'apporter un traitement plus efficace. Par contre, avec cette deuxième interprétation, il faut agir avec prudence car peu d'items mesurent chacun de ces facteurs dans l'Échelle d'anxiété IPAT. Donc, il faut prendre en considération uniquement les cotes les plus significatives, c'est-à-dire les scores entre 7 et 10 (Cormier, 1962).

La fidélité du test a été établie auprès de diverses populations. La corrélation test-retest est de 0,84 sur un échantillon de 240 adultes normaux et de 0,91 dans une population mixte de normaux et de névrosés hospitalisés. De plus, de nombreuses études ont été réalisées avec ce test afin de dresser des indices diagnostiques en ce qui a trait à l'anxiété vécue par un grand nombre de groupes cliniques (patients souffrant d'alcoolisme, de psychopathie, de troubles psychosomatiques, etc.). Des études ont également été menées afin de normaliser le test pour la population canadienne française (Cormier, 1962).

Résultats

Il est impossible de déterminer si les différences observées entre un pré-test et un post-test sont significatives lorsque l'étude porte sur un sujet unique. Pour contrer cette difficulté, la solution proposée dans cette recherche consiste à diviser l'écart des résultats avant et après traitement par l'erreur de mesure de l'échelle utilisée. Si l'écart entre les deux mesures est supérieur à l'erreur de mesure de l'échelle, le résultat de la division sera supérieur à 1 ($d > 1$) et pourra être jugé « intéressant à considérer ». Toute différence inférieure à l'erreur de mesure ($d < 1$) sera attribuée à cette erreur de mesure et jugée « aléatoire ». Ce chapitre présente les résultats aux tests, MMPI-2 et l'Échelle d'anxiété IPAT, et comporte deux parties. La première partie s'intéresse au changement sur les échelles reliées à l'anxiété et à la dépression tandis que la seconde partie décrit les retombées non ciblées du traitement.

Changement sur les échelles reliées à l'anxiété et à la dépression

MMPI-2

Il est intéressant de remarquer que les changements par rapport aux échelles d'anxiété (ANX) et (A) sont plus grands (15 et 8) que ce qu'on s'attendrait par l'erreur de mesure (3,54 et 2,97). En outre, pour l'échelle d'anxiété (ANX), il y a quatre fois plus de changement que ce qu'on aurait eu par l'erreur de mesure ($d = 4,24$) et pour l'échelle d'anxiété (A), nous observons deux fois plus de changement ($d = 2,69$). En ce qui concerne

l'échelle de dépression (DEP), le changement de 7 est également plus grand que ce qu'on s'attendrait par l'erreur de mesure de 3,42. Nous constatons qu'il y a deux fois plus de changement à cette échelle que ce qu'on aurait eu par l'erreur de mesure ($d = 2,05$). Ces résultats démontrent des améliorations chez le sujet qui se manifestent par une diminution de l'anxiété et des éléments dépressifs.

L'Échelle d'anxiété IPAT de Cattell

Les changements à l'Échelle d'anxiété sont modestes. L'anxiété mesurée par ce test indique que Diane a un score dans la moyenne. Elle a obtenu une cote pondérée d'anxiété (sten) de 6 lors de l'évaluation pré-traitement et une cote (sten) de 5 lors de l'évaluation post-traitement. Selon Cattell et Scheier, un score entre 4 et 7 indique un niveau moyen d'anxiété, alors qu'un score entre 8 et 10 indique la présence d'un niveau d'anxiété très élevé (Cormier, 1962). Donc, Diane serait essentiellement normale pour ce qui est de l'anxiété dès le début de la démarche.

Retombées non ciblées du traitement

Les Tableaux 1, 2 et 3 illustrent l'ampleur des différences entre le début et la fin de l'intervention. Nous retrouvons des changements intéressants aux échelles suivantes par ordre décroissant : l'échelle des troubles post-traumatiques (PK) ($d = 3,03$) ; l'échelle de force du moi (Es) ($d = 2,93$) ; l'échelle de psychasthénie (Pt) ($d = 2,58$) ; l'échelle d'adaptation (Mt) ($d = 2,51$) ; l'échelle de confiance en soi (GM) ($d = 2,41$) ; l'échelle de

personnalité de type A (TPA) ($d = 2,12$) ; l'échelle de schizophrénie (Sc) ($d = 1,47$) ; l'échelle de problèmes familiaux (FAM) ($d = 1,45$) ; l'échelle de la colère et de l'hostilité (ANG) ($d = 1,41$) ; l'échelle de masculinité-féminité (Mf) ($d = 1,38$) ; l'échelle de déviation psychopathique (Pd) ($d = 1,26$) ; l'échelle de l'interférence au travail (WRK) ($d = 1,25$) ; l'échelle de l'attitude négative vis-à-vis d'un traitement (TRT) ($d = 1,14$) et l'échelle de préoccupations concernant sa santé (HEA) ($d = 1,06$). Ces résultats suggèrent des progrès chez le sujet qui s'expriment par une diminution au niveau de l'inconfort général, des comportements obsessionnels compulsifs, de l'impulsivité, de la retenue émotionnelle, de l'isolement et par une augmentation de la force du moi et de la confiance en soi. De plus, ces résultats indiquent que les préoccupations concernant sa santé, la colère, l'hostilité, les problèmes familiaux, les problèmes au travail et l'attitude vis-à-vis d'un traitement se sont atténués.

Tableau 1
Écarts entre les scores T et écarts par rapport à l'erreur de mesure
Échelles principales

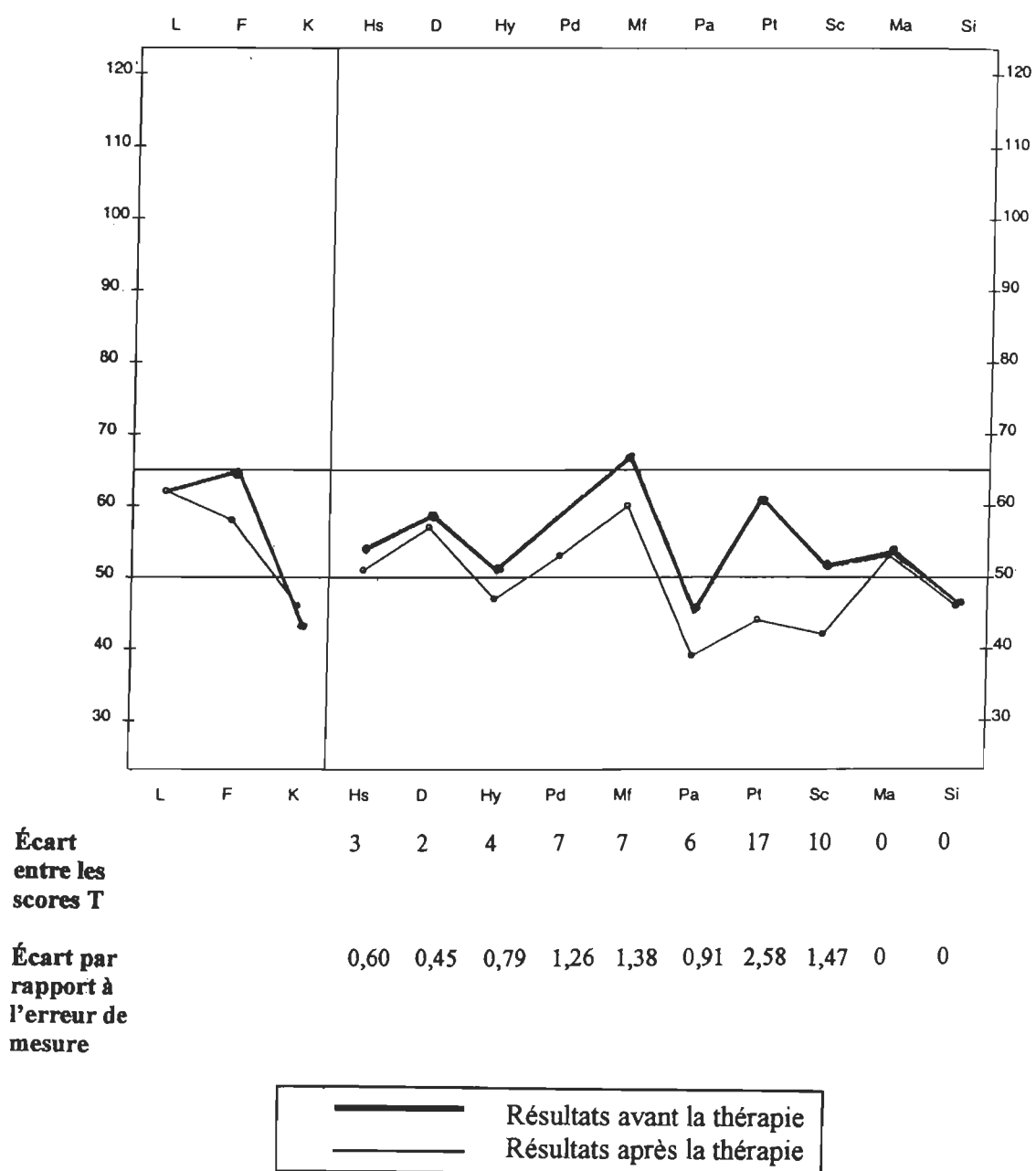


Tableau 2
Écarts entre les scores T et écarts par rapport à l'erreur de mesure
Échelles de contenu

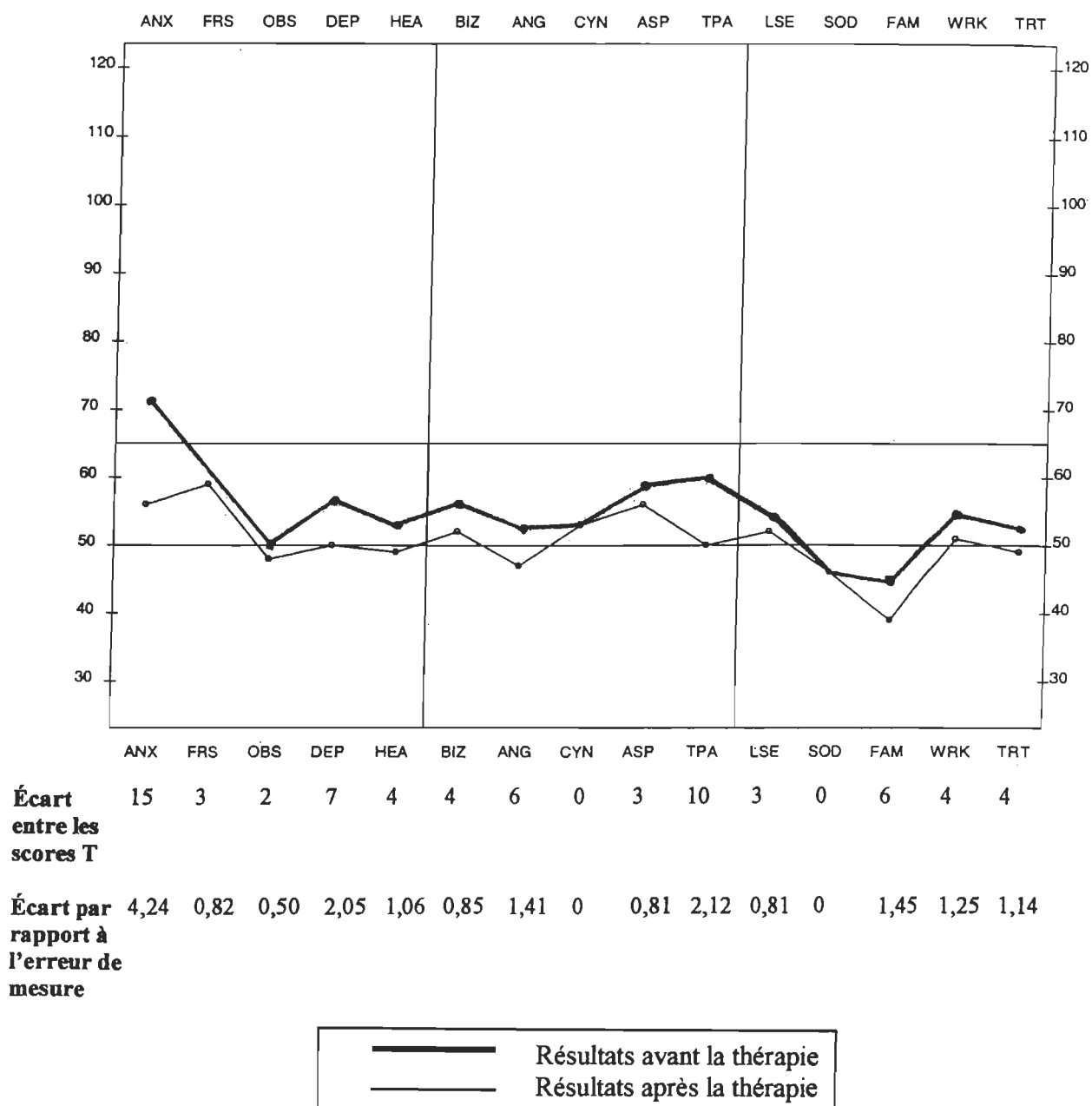
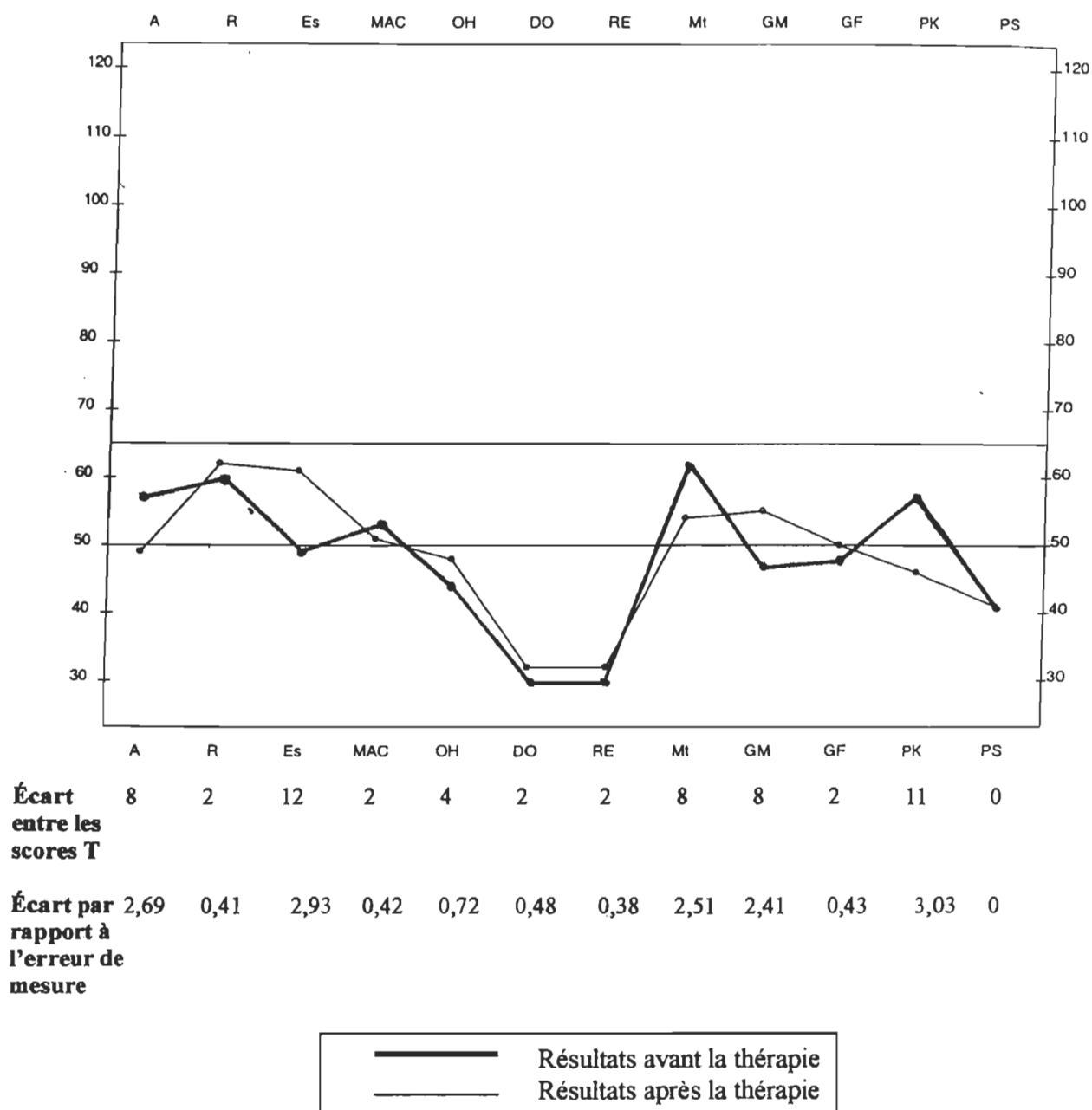


Tableau 3

Écarts entre les scores T et écarts par rapport à l'erreur de mesure

Échelles supplémentaires



Discussion

La présente étude avait pour objectif de décrire de quelle façon les stratégies d'intervention proposées aux personnes souffrant d'un trouble panique avec agoraphobie leur permettent d'améliorer leur situation. Les résultats montrent que l'éducation concernant le développement de la problématique, la démystification des symptômes, la rééducation respiratoire, la relaxation, la restructuration cognitive et l'exposition aux situations anxiogènes ont été efficaces. En effet, le sujet ne répondait plus aux critères diagnostiques du trouble panique avec agoraphobie lors de la dernière évaluation. Ce résultat indique donc que la thérapie cognitivo-comportementale constitue une forme de traitement efficace pour aider les individus aux prises avec un trouble panique avec agoraphobie.

Critères diagnostiques (DSM-IV)

Diane mentionne que les symptômes anxieux sont moins fréquents et moins intenses suite à la thérapie. Elle précise que c'est surtout lorsqu'elle est plus fatiguée ou stressée, par exemple après une journée de travail épuisante, qu'elle ressent quelques symptômes anxieux dont l'accélération du rythme cardiaque, la transpiration (mains moites) et des bouffées de chaleur. Diane spécifie qu'elle n'est plus terrifiée par ses symptômes d'anxiété. Elle accepte les sensations physiques et n'essaie plus de trouver une raison médicale. Elle ajoute qu'elle a cessé d'exagérer ses sensations physiques et se centre davantage sur le présent au lieu d'anticiper des choses qui n'arriveront peut-être jamais.

Maintenant, elle est capable de contrôler ses attaques de panique et d'affronter les situations anxiogènes. Diane mentionne qu'elle se sent plus calme et qu'elle s'inquiète moins à propos de tout. Elle précise que les tremblements, les étourdissements et les maux de tête sont beaucoup moins fréquents. De plus, elle s'endort presque tous les soirs sans que des pensées ou des idées la tracassent. Diane mentionne que les éléments dépressifs sont moins présents et qu'elle est plus optimiste face à l'avenir. Aussi, elle affirme avoir une meilleure concentration. Elle précise que l'anxiété l'amenait à être confuse, qu'il lui arrivait souvent d'oublier ce qu'elle voulait dire et qu'elle avait également de la difficulté à se souvenir de ce que les gens lui disaient.

Entrevue clinique (bilan de la thérapie)

Diane poursuit sa démarche faite en thérapie. Elle continue d'appliquer ce qu'elle a appris en thérapie dans la vie de tous les jours. Elle continue de s'observer, de se connaître et de se comprendre mieux. Elle expérimente aussi des nouvelles façons d'être en relation, avec ses amies, ses collègues et sa patronne. Alors qu'au début de sa thérapie, elle se sentait seule et abandonnée, maintenant, elle a des amies sincères et une vie sociale satisfaisante. Elle ne vit plus dans la solitude et l'isolement. Diane ajoute qu'elle a appris à modifier certains comportements, par exemple en demandant et en acceptant le soutien de ses amies, en disant ce qu'elle pense à sa patronne, en s'affirmant dans ses besoins. Diane mentionne qu'elle s'est sentie comprise et écoutée par le thérapeute et que cela lui a permis de s'accorder de l'importance, de croire en ses capacités et d'acquiescer de la confiance en elle. Elle précise que le fait de prendre conscience de ses pensées négatives lui a permis

d'apprendre à se valoriser au lieu de se dévaloriser, d'accroître sa valeur personnelle par elle-même au lieu d'attendre que cela vienne des autres. De plus, elle dit que le fait de diminuer son anxiété lui permet de prendre des risques, de sortir de chez elle et d'avoir des activités sociales.

Diane a apprécié de recevoir de l'information écrite sur les thèmes abordés en thérapie, d'avoir des moyens pratiques pour améliorer son problème d'anxiété, de faire les différents exercices en présence du thérapeute, de revenir sur les exercices pratiqués chez elle et d'explorer ses émotions. Elle ajoute qu'elle a aimé avoir des suggestions de lectures. Selon ses dires, ce qui lui a le plus aidée ce sont les techniques de respiration et de relaxation ainsi que l'auto-observation de ses attaques de panique. Ces stratégies lui ont apporté un soulagement rapide de ses symptômes. Diane spécifie que le fait d'observer et de noter ses attaques de panique lui a permis de prendre conscience des facteurs influençant l'apparition de celles-ci. Cela lui a également permis de dédramatiser son problème, de prendre du recul et d'observer des liens entre certains aspects de son trouble. De plus, elle s'est rendue compte que ses crises d'anxiété sont moins fréquentes et plus prévisibles qu'elle ne le croyait. Selon Diane, les étapes les plus difficiles dans la thérapie, ont été d'identifier ses pensées automatiques et de s'exposer aux situations anxiogènes.

Dans l'ensemble, Diane est plus en contact avec ses émotions et ses besoins. Elle réalise que le fait d'exprimer ses émotions l'aide à diminuer son anxiété. Elle précise : « Il m'a fallu du temps pour passer de la vision catastrophique que j'avais de la colère à la prise de conscience que je pouvais l'utiliser sans être violente et sans perdre l'amour

d'autrui. Maintenant, je n'ai plus de mal à m'opposer fermement quand je le dois, dans mon milieu familial ou professionnel, et je n'en retire plus de culpabilité. Diane ajoute : « Avant la thérapie, j'avais beaucoup de difficulté avec la colère et j'avais du mal à distinguer mes émotions. J'avais l'impression que toutes mes émotions étaient enchevêtrées, je ne savais plus si c'était de la colère que j'éprouvais ou autre chose. Lorsque je ressentais de la colère, je ne la dirigeais pas contre quoi que ce soit. Je suppose que, au fond, je la dirigeais contre moi-même. Mon conjoint ne savait jamais ce que je ressentais. Je ne lui faisais jamais part de mes sentiments négatifs. Je disais aux gens ce qu'ils voulaient entendre ou ce que je croyais qu'ils voulaient entendre. Si je me sentais en colère, ils n'en savaient rien ; je ne le manifestais pas. Je ne laissais voir aucun signe non verbal de la colère. J'étouffais bien des choses. J'agissais ainsi parce que j'avais peur de perdre le contrôle de ma colère, de blesser quelqu'un et de me retrouver seule. J'étais trop indulgente avec les enfants et mon conjoint. Mais une fois de temps en temps, il m'arrivait d'exploser et de casser de la vaisselle ». Diane réalise qu'elle dépensait beaucoup d'énergie à contenir ses émotions et que cela lui causait énormément de tension dans ses muscles. Elle cite : « Maintenant, je suis capable d'identifier mes émotions et de les gérer de façon constructive. » Elle ajoute : « Je crois que mon anxiété était reliée à ma crainte d'être abandonnée, à mon besoin de satisfaire les autres, à l'étouffement de mes propres besoins et sentiments. » Diane constate qu'elle peut vivre avec ses propres émotions et qu'elle est capable de gérer ses conflits avec les autres. Elle ne craint plus de voir ses pensées, ses émotions et ses actes lui faire perdre les gens qui comptent pour elle.

Diane mentionne qu'elle a changé ses habitudes de vie. Elle prend une marche à tous les jours, s'accorde du temps pour faire ce qu'elle aime, prend le temps de relaxer et se récompense pour les progrès accomplis. Elle dit : « Je me donne du temps pour relaxer, respirer et penser à moi ». Donc, elle se permet plus de plaisir dans la vie et ose faire des activités nouvelles, par exemple elle suit des cours de peinture et elle adore ça. Aussi, elle est moins exigeante envers elle et trouve que la vie est plus agréable ainsi. D'ailleurs, son entourage trouve qu'elle est plus calme et plus souriante. Diane ajoute : « Avant, j'avais tendance à parler de moi en termes peu élogieux et je me critiquais souvent. J'hésitais à relever de nouveaux défis, parce que je doutais de ma compétence, de mes capacités. Lors de la thérapie, j'ai dû affronter des situations anxiogènes, j'ai réussi et je suis fière de moi. » Diane a confiance en sa capacité de gérer son anxiété et elle désire arrêter sa médication, alors elle veut en discuter avec son médecin lors de sa prochaine visite. Elle précise qu'elle prend toujours du Rivotril® 0,5 mg (un comprimé et demi une fois par jour), ainsi que du Serzone® 200 mg (un comprimé une fois par jour). Cependant, elle spécifie que depuis trois mois, elle n'a pas eu à prendre une dose supplémentaire de Rivotril®, car ce médicament est aussi prescrit au besoin (un quart de comprimé) si elle se sent particulièrement anxieuse.

Cette étude ouvre sur un questionnement important en ce qui a trait à la nature de l'anxiété mesurée par les différents tests. En effet, comment expliquer que pour les résultats concernant l'anxiété, les données à l'Échelle d'anxiété IPAT vont en contradiction avec les résultats au MMPI-2, les critères du DSM-IV et les énoncés de Diane. Cette constatation nous amène à s'interroger sur la validité de l'Échelle d'anxiété IPAT pour

mesurer l'anxiété vécue par Diane. Cette divergence apparente souligne la nécessité de mesurer les variables psychologiques avec plusieurs instruments. Cette étude de cas permet également de constater que de nombreuses variables non traitées ont subi des changements. Un certain nombre d'explications peuvent être avancées pour expliquer cette situation. D'abord, il est possible que l'apprentissage d'habiletés sociales telles la résolution de problèmes, la communication efficace ou l'affirmation de soi ont aidé Diane à développer son autonomie, sa confiance et son estime personnelle, ce qui peut expliquer les changements non prévus initialement. Ceci peut également s'expliquer dans la mesure où chacun des éléments constitue une pièce du puzzle correspondant à la dynamique du sujet. Par exemple, en aidant Diane à s'affirmer davantage, elle prend sa place, elle est capable d'exprimer ses frustrations d'une façon plus constructive, elle a moins d'amertume et de colère, elle ne refoule plus ses émotions, elle a moins de pensées catastrophiques et elle est moins anxieuse. Donc, en gérant sa colère de façon constructive Diane ne la retourne plus contre elle-même, ce qui l'amène à avoir moins peur de son agressivité et de ses conséquences (perdre le contrôle de sa colère et exploser), cela a pour effet de diminuer son anxiété. Dans la pratique, en écoutant les demandes de Diane nous avons répondu à plus que son anxiété. La démarche thérapeutique a été axée sur les besoins de la cliente. Nous avons abordé le trouble panique avec agoraphobie, ses problèmes conjugaux et sa difficulté à s'affirmer. Nous avons également travaillé sur l'expression des émotions. Pour répondre aux besoins variables du sujet, d'une rencontre à l'autre, la flexibilité du thérapeute est une qualité appréciée.

Conclusion

Le trouble panique avec agoraphobie entraîne une souffrance émotionnelle et des difficultés importantes dans la vie de tous les jours. Des traitements tels les médicaments et la psychothérapie cognitivo-comportementale sont efficaces pour réduire les symptômes anxieux. La durée du traitement est variable selon les personnes, mais il faut compter plusieurs mois. Il peut exister, de façon associée, d'autres problèmes psychologiques (dépression, dépendance) ou personnels (conflits avec la famille, stress et événements négatifs de vie) qui peuvent allonger considérablement la prise en charge. Dans certains cas, des rechutes peuvent survenir. Il ne faut pas se décourager pour autant et accepter à nouveau de consulter et de reprendre les traitements.

Diane s'est présentée en thérapie avec beaucoup d'anxiété qui lui causait divers symptômes physiques. En cours de thérapie, elle a pris conscience de plusieurs choses sur elle-même. En discutant de son trouble panique, elle a réalisé qu'elle contribue par ses attitudes et sa façon de penser à ses attaques de panique. Elle a constaté qu'elle entretenait des peurs irréalistes avec les maladies, ce qui amplifiait son anxiété. Diane a appris à identifier et à modifier ses pensées irrationnelles qui généraient de l'anxiété. Nous avons travaillé à changer son dialogue intérieur, ses idées, ses perceptions et ses anticipations, ce qui l'a amené à mieux réagir aux sensations physiques liées à l'anxiété et à dédramatiser ses symptômes d'anxiété. Diane s'est bien adaptée à la thérapie cognitivo-comportementale, elle a pratiqué les techniques de respiration et de relaxation chez elle. Après un certain temps, la plupart des symptômes du trouble panique se sont estompés.

Diane a réussi à contrôler ses crises d'anxiété durant deux mois, puis de nouvelles préoccupations concernant sa santé et sa relation de couple sont apparues amenant de nouveau des symptômes d'anxiété. Nous sommes revenues sur les informations et les techniques transmises à Diane qui avaient été efficaces, afin de les transposer dans les nouvelles situations anxiogènes. Maintenant, elle est plus apte à utiliser ces habiletés dans sa vie quotidienne, ce qui favorise son sentiment de maîtrise et de compétence. Diane mentionne qu'elle n'est plus terrifiée par ses symptômes d'anxiété. Elle accepte les sensations physiques et n'essaie plus de trouver une explication médicale. Elle a cessé d'exagérer ses sensations physiques et se centre davantage sur le présent au lieu d'anticiper des choses qui n'arriveront peut-être jamais. De plus, elle est capable de contrôler ses attaques de panique et d'affronter les situations anxiogènes. Diane est très contente de ces améliorations et considère que la psychothérapie a été une expérience positive pour elle. Elle mentionne qu'elle se porte mieux et qu'elle a réussi au fil des jours, à améliorer sa qualité de vie.

L'étude de cas est intéressante à réaliser, car elle permet au thérapeute d'être beaucoup plus spécifique par rapport à une recherche expérimentale comprenant plusieurs sujets. Par exemple, le thérapeute peut citer des exemples concrets se rapportant au client, ce qui rend la recherche plus intéressante. Une étude de cas lui permet également de répondre au besoin du sujet et non de suivre un protocole rigoureux. Toutefois, une étude de cas présente certaines limites. Nous ne pouvons pas généraliser les résultats à partir d'un cas à d'autres cas. Il y a également des limites au niveau de la validité interne, car nous ne sommes pas certains que les changements sont dus aux interventions. Le résultat

d'une psychothérapie est influencé par le style personnel du thérapeute, par l'attitude et les attentes du client vis-à-vis du thérapeute et de la thérapie. D'autre part, certaines caractéristiques du client peuvent influencer les résultats : survenue d'événements dans sa vie, traits de personnalité, niveau socioculturel, etc. Ces difficultés méthodologiques sont difficiles à contrôler et se reflètent dans les études abordant les psychothérapies, quelles que soient leurs modalités. Le but de ce genre de recherche n'est pas de dégager des lois universelles du comportement humain, mais d'aider une personne précise à améliorer sa situation ou résoudre son problème. C'est au clinicien qui lira cette recherche de décider si les stratégies utilisées dans cette étude pourront lui être utiles avec ses clients.

Références

- Abbar, M. (1998). Trouble panique et attaque de panique. Dans T. Lemprière (Éd), Le trouble panique (pp. 47-69). Paris : Masson.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4^e éd.). Washington, DC : Auteur.
- American Psychiatric Association. (1996). DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4^e éd.) (version internationale) (Washington, DC, 1995). Traduction française par J. D. Guelfi et al. Paris : Masson.
- Barlow, D. H. (1988). Anxiety and its disorders : The nature and treatment of anxiety and panic. New York : Guilford Press.
- Barlow, D. H., Cohen, A. S., Wadell, M. T., Vermilyea, B. B., Klosko, J. S., Blanchard, E. B., & Di Nardo, P. A. (1984). Panic and generalized anxiety disorders : Nature and treatment. Behaviour Therapy, 15, 431-449.
- Barlow, D. H., Craske, M. G., Cerny, J. A., & Klosko, J. S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. Behaviour Therapy, 20, 261-282.
- Beck, A. T. (1988). Cognitive approaches to panic disorder : Theory and therapy. Dans S. Rachman, & J. D. Maser (Éds), Panic : Psychological perspectives (pp. 91-110). New Jersey : Erlbaum.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). Anxiety disorders and phobias : A cognitive perspective. New York : Basic Books.
- Beck, A. T., Sokol, L., Clark, D. A., Berchick, R., & Wright, F. (1992). A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. American Journal of Psychiatry, 149, 778-783.
- Bougerol T., & Dufour, H. (1998). Pharmacothérapie du trouble panique. Dans T. Lemprière (Éd), Le trouble panique (pp. 145-162). Paris : Masson.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G., & Kaemmer, B. (2001). Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2). Manual for Administration, Scoring, and Interpretation. Minneapolis : University of Minnesota Press.
- Chambless, D. L., Cerny, J., Caputo, G. C., & Rheinstein, B. J. G. (1987). Anxiety disorders and alcoholism : A study with inpatient alcoholics. Journal of Anxiety Disorders, 1, 29-40.

- Chambless, D. L., & Gillis, M. M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 248-260.
- Clark, D. (1996). Anxiety states : Panic and generalized anxiety disorder. Dans K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & coll. (Éds), Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems : A practical guide (pp. 318-344). New York : Oxford University Press.
- Clark, D. M. (1988). A cognitive model of panic attacks. Dans S. Rachman, & J. D. Maser (Éds), Panic : Psychological perspectives (pp. 71-90). New Jersey : Erlbaum.
- Clark, D. M., & Beck, A. T. (1988). Cognitive approaches. Dans C. Last, & M. Hersen (Éds), Handbook of anxiety disorders (pp. 362-385). New York : Pergamon.
- Clark, D. M., Salkovskis, P., & Chalkley, A. (1985). Respiratory control as a treatment for panic attacks. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 16, 23-30.
- Clum, G. A., Clum, G. A., & Surls, R. (1993). A meta-analysis of treatments of panic disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 317-326.
- Cormier, D. (1962). Manuel de l'Échelle d'anxiété IPAT. Montréal : Institut de recherches psychologiques.
- Durand, V. M., & Barlow, D. H. (traduction de la 2^e édition américaine) (2002). Psychopathologie : Une perspective multidimensionnelle. Paris : De Boeck.
- Eaton, W. W., Kessler, R. C., Wittchen, H. U., & Magee, W. J. (1994). Panic and panic disorder in the United States. American Journal of Psychiatry, 151, 413-420.
- Emmelkamp, P. M. G. (1982). In vivo treatment of agoraphobia. Dans D. L. Chambless, & A. J. Goldstein (Éds), Agoraphobia : Multiple perspective on theory and treatment (pp. 43-75). New York : Wiley.
- Himle, J. A., & Hill, E. M. (1991). Alcohol abuse & the anxiety disorders : Evidence from the Epidemiological Catchment Survey. Journal of Anxiety Disorders, 5, 237-245.
- Hirschfeld, R. M. (1996). Panic disorder : Diagnosis, epidemiology, and clinical course. Journal of Clinical Psychiatry, 57, 3-10.
- Jacobson, E. (1980). Savoir relaxer pour combattre le stress. Montréal : Les Éditions de l'Homme.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1994). Panic disorder and agoraphobia. Dans H. I. Kaplan, B. J. Sadock, & J. A. Grebb (Éds), Synopsis of Psychiatry (7^e éd.) (pp. 582-592). Baltimore : Williams & Wilkins.

- Kushner, M. G., Shear, K. J., & Beitman, B. D. (1990). The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. American Journal of Psychiatry, 147, 685-695.
- Ladouceur, R., Marchand, A., & Boisvert, J. M. (1999). Les troubles anxieux : Approche cognitive et comportementale. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Lalonde, P., Aubut, J., Grunberg, F. (1999). Psychiatrie clinique : Une approche bio-psycho-sociale (Tome 1). Boucherville : Gaëtan Morin.
- Marchand, A., & Comeau, S. (1987). L'exposition in vivo : Conseils pratiques pour les intervenants. Revue de modification du comportement, 17, 179-195.
- Marchand, A., Fontaine, R., Dupuis, G., & Gareau, D. (1994). Étude comparative de l'efficacité de différentes modalités d'intervention dans le traitement du trouble panique avec agoraphobie : Rapport de recherche. Montréal : Centre de recherche Fernand-Seguin.
- Marchand, A., & Letarte, A. (2001). La peur d'avoir peur : Guide de traitement du trouble panique avec agoraphobie. Montréal : Stanké.
- Marchand, A., Roberge, P., Dupuis, G., Contandriopoulos, A. P., Mainguy, N., & Savard, P. (2000). Évaluation clinique, psychosociale et économique de trois modalités de traitement du trouble panique avec agoraphobie : Rapport de recherche. Montréal : Centre de recherche Fernand-Seguin.
- Marchand, A., Trudel, G., Todorov, C., Borgeat, F., Gareau, D., & Boivin, I. (1998). Efficacité d'un traitement autogéré du trouble panique avec agoraphobie et impact de l'aide d'un proche : Rapport de recherche. Montréal : Centre de recherche Fernand-Seguin.
- Margraf, J., Barlow, D. H., Clark, D. M., & Telch, M. (1993). Psychological treatment of panic : Work in progress on outcome, active ingredients and follow-up. Behaviour Research and Therapy, 31, 1-8.
- Ost, L. G., & Westlig, B. (1995). Applied relaxation vs cognitive therapy in the treatment of panic disorder. Behaviour Research and Therapy, 33, 145-158.
- Servant, D. (2001). Attaques de panique et agoraphobie : Diagnostic et prise en charge. Paris : Masson.
- Wilson, R. R. (1993). Pas de panique ! : Vaincre ses attaques d'anxiété. Montréal : Les Éditions de l'Homme.
- Zinberg, R. E., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hertz, R. M. (1992). Cognitive behavioral approaches to the nature and treatment of anxiety disorders. Annual Review of Psychology, 43, 235-267.

Appendice A
Formulaire de consentement

Formulaire de consentement

J'accepte par la présente que madame Sandra Goudreau utilise ses notes cliniques suite à nos rencontres pour la rédaction de son essai en vue de l'obtention de sa maîtrise en psychologie. Il est entendu que les données seront présentées de façon à assurer la confidentialité (modification du nom et des détails qui permettraient de reconnaître le sujet).

Trois-Rivières, ce jour du mois de 2004

Signature du sujet : _____

Témoin : _____